

第 5 号様式(第 10 条関係)

総合保健福祉センター使用料減免申請書

年 月 日

箱根町長 様

申 請 者
住 所 〒

団体等名
代表者名
電話・担当者名 ()

次のとおり申請します。

使用 責任 者	住 所	〒
	氏 名	
	電 話	()

使用年月日	年 月 日 ()	大人 男 人 女 人 計 人 小人 男 人 女 人 計 人	
使 用 目 的		計 男 人 女 人 計 人	
		種 別	町 内・町 外
		使用料徴収	有 ・ 無
施 設 名 及 び 使 用 時 間	調 理 実 習 室	時 分～ 時 分	
	会 議 室	時 分～ 時 分	
	温 水 プ ー ル	時 分～ 時 分	

※ 減 免 を 受 け よ う と す る 理 由	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 8 条第 1 号に 該当	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 9 条第 1 号に 該当
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 8 条第 2 号に 該当	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 9 条第 2 号に 該当
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 8 条第 3 号に 該当	
	<input type="checkbox"/> 条例施行規則第 8 条第 4 号に 該当	
備 考		※規定使用料 円

(注) 太枠内 ※印の箇所は記入しないでください。