|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **大磯町立福祉センター利用承認・利用料金（減免・免除）申請書**    **年　　　　月　　　　日**  **指定管理者　様**  **利用者登録番号**  **団体名**  **代表者名　　　　　　　　　　　　連絡者名**  **住　所　　　　　　　　　　　　　住　所**  **連絡先　　　　　　　　　　　　　連絡先**  **次のとおり申請します。** | | | | | | | |
| **利用日時** | **年　　月　　日（　）**  **時　　分　から　　時　　分** | | | | **利用時間数** | |  |
| **利用目的** |  | | | | **利用予定人数** | | **人** |
| **利用施設名** | * **第１相談室** | | * **第２相談室** | | | * **レクリエーション室** | |
| **利用料金** | **円** | | | | | | |
| **減免・免除** | **申請** | **□減額を申請します。（　　　　　減額）　　□免除を申請します。** | | | | | |
| **理由** | **□公用のため　□認定団体（障がい者・高齢者・その他（　　　　　））**  **□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | | | | | |
| **備考** |  | | | | | | |
| 上記の申請について、 | | 次のとおり決定してよろしいか。 | | | | | |
| 決裁欄 | 受付年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 受付担当者 | | | | | | |
| 決裁年月日　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | |
| 承認年月日　　　　　年　　　　月　　　　日　　　番号第　　　　号 | | | | | | |
| 利用料金 | 円 | | | 有料全額　　　減額（　　　　）　　免除 | | | |
| 備考 |  | | | | | | |

第２号様式（第５条、第７条の３関係）

**※太枠の中のみ記入してください。**