

別記様式第6号(第9条関係)

受付 番号		取扱者	
----------	--	-----	--

大泉町保健福祉総合センター使用料減免申請書

年 月 日

大泉町長 様

申請者(使用責任者)

住所

氏名

電話番号

申請に来られた方の 氏名及び電話番号	氏 名	
	電話番号	

次のとおり使用料の減免を申請します。

使 用 目 的	
使 用 日 時	年 月 日(曜日)午前・午後 時から 年 月 日(曜日)午前・午後 時まで
申 請 理 由	

※以下は記入しないでください。

決 定 内 容	規則第9条第1項第 号 該当(減免割合)
---------	-----------------------