

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

《団体名》

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	保健福祉活動等を行うため
使 用 日 時	年 月 日(曜日)午前・午後 時から 年 3月31日(曜日)午前 午後 5時まで
申 請 理 由	大泉町保健福祉総合センターの設置及び管理に関する条例施行規則第9条第1項第( )号で使用するため

※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 )
---------	-----------------------

[大泉町保健福祉総合センターの設置及び管理に関する条例施行規則]

(使用料の減免)

第9条 条例第9条の規定により使用料を減免する場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とし、減免の額は、条例別表に掲げる使用料の額に、当該各号に定める割合を乗じて得た額(その額に10円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額)とする。

- (1) 町、町の機関若しくは社会福祉法人社会福祉協議会が使用するとき、又は町、町の機関又は社会福祉法人社会福祉協議会と団体等が共催して使用するとき。 100分の100
- (2) 町内の保健・福祉関係団体が保健・福祉活動等に使用するとき。 100分の50
- (3) その他町長が適当と認めるとき。 相当と認める割合