

様式第 6 号（第 6 条関係）

年 月 日

都城市長宛て

所属団体名

住 所

氏 名

電 話 番 号

高崎福祉保健センター使用料還付請求書

次のとおり高崎福祉保健センター使用料の還付を申請します。

還 付 金 額	円
利 用 の 種 類	
利用期日及び 利用時間	月 日（ ） 時 分～ 時 分まで
	月 日（ ） 時 分～ 時 分まで
	月 日（ ） 時 分～ 時 分まで
	月 日（ ） 時 分～ 時 分まで
既 納 使 用 料	円 納入年月日 年 月 日
申 請 区 分	1 取消し 2 天災地変 3 その他（ ）

上記申請を 1 認定する。

2 却下する。

年 月 日

都城市長

印