

様式第5号（第5条関係）

課長	副課長	担当

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減額（免除）申請書

次のとおり高崎福祉保健センター使用料の減額・免除を申請します。

利用の種類	
申請理由	
減額又は免除の金額	円
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

上記申請を 1 認定する。（減額又は免除した金額） 円

2 却下する。

年 月 日

都城市長

