

とちぎ健康づくりセンター利用料金還付請求書

平成 年 月 日

指定管理者
社会福祉法人とちぎ健康福祉協会

様

〒 _____
申請者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

〔 法人その他の団体にあつては、主たる事務
所の所在地及び名称並びに代表者の氏名 〕

担 当 者 _____

電話番号 _____

次のとおり利用料金の還付を受けたいので申請します。

※ 許 可 年 月 日 等		平成 年 月 日 第 号	
利 用 施 設	施 設	<input type="checkbox"/> エアロビクススタジオ <input type="checkbox"/> 多目的運動フロア（ <input type="checkbox"/> 全 面 <input type="checkbox"/> 1／2面 <input type="checkbox"/> 1／3面 <input type="checkbox"/> 1／6面） <input type="checkbox"/> 大会議室 <input type="checkbox"/>小会議室 <input type="checkbox"/> 多目的フロアA（ <input type="checkbox"/> 全 面 <input type="checkbox"/> 2／3面 <input type="checkbox"/> 1／2面 <input type="checkbox"/> 1／3面） <input type="checkbox"/> 多目的フロアB <input type="checkbox"/>多目的フロアC	
	附 属 設 備	<input type="checkbox"/> 冷房設備 <input type="checkbox"/>暖房設備 <input type="checkbox"/>持込器具電源使用料	
利 用 日 時	施 設	平成 年 月 日（ 曜日） 午前 _____ 午前 _____ 時 分から _____ 時 分まで 計 時間 午後 _____ 午後 _____	
	附 属 設 備	平成 年 月 日（ 曜日） 午前 _____ 午前 _____ 時 分から _____ 時 分まで 計 時間 午後 _____ 午後 _____	
利 用 目 的			
納 付 済 額		円	
還 付 請 求 額		円	
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 座振替	金融機関本・支店名	
		口 座 番 号	普通・当座
		口 座 名 義	
	<input type="checkbox"/> 現金	住 所	
		氏 名	
還付を受けようとする理由			

備考 ※ 印欄は、とちぎ健康づくりセンター設置、管理及び使用料条例第4条の許可を受けている場合のみ記入すること。

現金受領印		日付
		/

（支払い方法を現金とした場合、現金受取時に押印すること。）