様式第４号

|  |
| --- |
| 愛媛県総合社会福祉会館利用料金減免申請書令和　　年　　月　　日　社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会長　　　　　　　　様住　所（団体にあたっては、所在地） 〒申請者氏　名（団体にあたっては、名称及び代表者の氏名）電話番号　　　　－　　　　－愛媛県総合社会福祉会館利用料金の減免を受けたいので、次のとおり申請します。 |
| 申請理由（利用目的） |  |
| 利用料金の減免額 | □　利用料金の全額□　利用料金の５０パーセントに相当する額 |
| （備考） |
| （添付資料）事業実施要領等を必ず添付してください。 |

（注）□のある欄は、該当する□の中にレ印を付してください。