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。