

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（団体にあっては、所在地）

〒

申請者

氏 名（団体にあっては、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 5 0 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。