様式第４号（第９条関係）

福江総合福祉保健センター使用料還付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

　　　（あて先）五島市長　野　口　市　太　郎

（申請者）住　所

団体名

氏　名　　　　　　　　　　　 　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。

　　　　　　福江総合福祉保健センター使用料の還付を受けたいので、申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 許可年月日 | 令和　年　　月　　日 | 許可番号 | 第　　　　号 |
| 利　　用　　目　　的及　　び　　人　　員 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　人） |
| 利用を変更（取り消）した施設設備等 |  |
| 還付を受けたい理由 |  |
| 使用料 | 正規の使用料 | 還付する金額 | 還付後の使用料 |
| 円 | 円 | 円 |
| 納付年月日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 還付年月日 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
| ※　承認書　福江総合福祉保健センター使用料の還付について、上記のとおり承認します。　　　　　令和　年　　月　　日五島市長　　野　口　市　太　郎　　　　　印　 |

|  |
| --- |
| 金融機関名：　　　　　　　　（ 銀行・金庫・農協 ）支 店 名： 　　　　　　 　 （本店・支店・出張所）種　　別： （ 普通　・　当座 ）口座口座番号： 　　　　　　　　　口座名義（ｶﾀｶﾅ）　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　備考

　　１　太線内のみ記入してください。

２　利用許可書を添付してください。