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。