

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

（※）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 員 及 び 人 員	(人)		
利 用 を 変 更 (取 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			

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。

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（ 加付 ） _____