

とちぎ健康づくりセンター利用料金還付請求書

令和 年 月 日

指定管理者

社会福祉法人とちぎ健康福祉協会

様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

〔 法人その他の団体にあつては、主たる事務
所の所在地及び名称並びに代表者の氏名 〕

担 当 者 _____

電話番号 _____

次のとおり利用料金の還付を受けたいので申請します。

| | |
|--------------|--|
| 許可年月日等 | 令和 年 月 日 第 号 |
| 利用施設 | <input type="checkbox"/> エアロビクススタジオ <input type="checkbox"/> 多目的運動フロア (<input type="checkbox"/> 全 面 <input type="checkbox"/> 1/2面 <input type="checkbox"/> 1/3面 <input type="checkbox"/> 1/6面) <input type="checkbox"/> 大会議室 <input type="checkbox"/> 小会議室 <input type="checkbox"/> 多目的フロアA (<input type="checkbox"/> 全 面 <input type="checkbox"/> 2/3面 <input type="checkbox"/> 1/2面 <input type="checkbox"/> 1/3面) <input type="checkbox"/> 多目的フロアB <input type="checkbox"/> 多目的フロアC |
| | 附属設備 <input type="checkbox"/> 冷房設備 <input type="checkbox"/> 暖房設備 <input type="checkbox"/> 持込器具電源使用料 |
| 利用日時 | 年 月 日 (曜日) 午前 _____ 午前 _____ _____ 時 分から _____ 時 分まで 計 時間 午後 _____ 午後 _____ |
| | 年 月 日 (曜日) 午前 _____ 午前 _____ _____ 時 分から _____ 時 分まで 計 時間 午後 _____ 午後 _____ |
| 利用目的 | |
| 納付済額 | 円 |
| 還付請求額 | 円 |
| 支払方法 | 金融機関本支店名 |
| | <input type="checkbox"/> 口座番号 普通・当座 |
| | フリガナ |
| | <input type="checkbox"/> 口座名義 |
| 還付を受けようとする理由 | |

(注意) 還付の支払方法については、原則口座振込となります。
還付に伴う振込手数料は、還付請求者負担となります。