

とちぎ健康づくりセンター利用料還付請求書

指定管理者
 社会福祉法人とちぎ健康福祉協会
 理事長 荒川 勉 様

年 月 日

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 _____

次のとおり利用料の還付を受けたいので申請します。

※許可年月日等		年 月 日 第 号
利用施設設	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	施 設	年 月 日（ 曜日） 午前 時から 午前 時まで 計 時間 午後 時から 午後 時まで 計 時間
	附 属 設 備	年 月 日（ 曜日） 午前 時から 午前 時まで 計 時間 午後 時から 午後 時まで 計 時間
利 用 目 的		
納 付 済 額		円
還 付 請 求 額		円
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 口座振替	金融機関本・支店名
		口 座 番 号 普通・当座
	<input type="checkbox"/> 現 金	預 金 口 座 名 義
		住 所 氏 名
還付を受けようとする理由		

備考 ※印欄は、とちぎ健康づくりセンター設置、管理及び使用料条例第4条の許可を受けている場合のみ記入すること。

現金受領印	日付
	/

（支払い方法を現金とした場合、現金受取時に押印すること。）