

### 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  
 理事長 富田 哲夫 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 設 備	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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>小会議室</span> <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 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>多目的フロアC</span>	
	附属設備	<input type="checkbox"/> 冷房設備 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>暖房設備</span> <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>持込器具電源使用料</span>	
利用 日時	施設	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 時から 午前 時まで 計 時間 午後 午後	
	附属設備	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 時から 午前 時まで 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	<input type="checkbox"/> 口座振替	金融機関本・支店名	
		<input type="checkbox"/> 座番号	普通・当座
		<input type="checkbox"/> 座名義	
	<input type="checkbox"/> 現金	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及び管理条例第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。)