受付印

様式第１号

宮崎市総合福祉保健センター　使用料減免申請書

宮崎市長　殿

このことについて、宮崎市総合福祉保健センターの使用料の減免を受けたいので、次のとおり申請します。施設使用目的につきましては、下記のとおりです。

		申請年月日	年　月　日	
申請者	団体住所	〒　—		
	ふりがな			
	団体名			
	ふりがな			
	代表者名			
	代表者電話番号			
	代表者FAX番号			
団体について	設立年月日	年　月　日	構成員数	名
	活動内容			
	市の事業支援の有無	有　（　課）・　無 ※以下は、「有」の方のみご記入ください。 □　補助金を受けている　□　その他事業支援 □　市が事務局を兼ねている		
施設使用目的				

添付書類：会則または定款、その他必要書類

団体登録番号		登録年月日	年　月　日

貴団体につきまして、上記施設使用目的で利用する場合に限り使用料を、

免除　・　５割減額　・　免除なし　とします。

この申請による有効期限は、登録年月日が属する年度の３月３１日までです。

年　月　日

宮崎市長