

## 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	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="float: right;"><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="float: right;"><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="float: right;"><input type="checkbox"/>持込器具電源使用料</span>	
利用日時	施設	年 月 日 ( 曜日 ) 午前 _____ 午前 _____ 時 分から 時 分まで 計 時間 午後 _____ 午後 _____	
	附属設備	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	<input type="checkbox"/> 口座振替	金融機関本・支店名	
		口 座 番 号	普通・当座
		口 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、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。)