

様式第 11 号（第 64 条関係）

愛媛県視聴覚福祉センター利用料金減免申請書

年 月 日

愛媛県社会福祉事業団理事長 様

申請者 住 所（団体にあつては、所在地）  
〒

氏 名（ふりがな）  
（団体にあつては、名称及び代表者の氏名）  
⑩

電話番号

ファックス番号

愛媛県視聴覚福祉センター利用料金（愛媛県視聴覚福祉センター運営規程別表第 5）の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

申 請 理 由  
（ 利 用 目 的 ）

利用料金の減免額〔該当する□に印を付けてください。〕

利用料金の全額

利用料金の 50 パーセントに相当する額

（備考）

（添付書類）

事業実施要領等愛媛県視聴覚福祉センター運営規程第64条第 1 項第 2 号、第 3 号及び第 4 号に該当すると認めうる資料

（注意）愛媛県視聴覚福祉センター利用許可申請書に添えて提出してください。