

平川市長 様

申請者 〒 -

住 所

事業所名

代表者名

施 設 名

印

平川市日帰り入浴プラン助成事業補助対象施設認定申請書

令和2年度平川市日帰り入浴プラン助成事業補助金交付要綱第3条第3項の規定により、補助対象施設の認定を申請します。

担当者 連絡先	所属・役職名	
	氏名	
	氏名（カナ）	
	電話連絡	
	メールアドレス	

企画商品

プラン名	プラン種別 ※いずれか選択	プラン内容	プラン料金 (税抜)
	食事付き・食事なし		円
	食事付き・食事なし		円
	食事付き・食事なし		円
	食事付き・食事なし		円
	食事付き・食事なし		円

※平川市 使用欄	事業者 登録番号	
-------------	-------------	--