

(様式2)

腸内細菌検査手数料減免申請書

令和 年 月 日

千葉県知事 様

申請者 住 所  
(施設名: )  
氏 名 印

使用料及び手数料条例第5条第3項の規定により、次のとおり腸内細菌検査手数料を免除されますよう申請いたします。

- 1 使用料（手数料）の額  
\_\_\_\_\_円 (1,600円×\_\_\_\_\_名)
- 2 免除申請額（3分の2）  
\_\_\_\_\_円 (1,070円×\_\_\_\_\_名)
- 3 理 由 社会福祉法第2条第2項に規定する第1種社会福祉施設