

## 記入例

保健所使用料減免申請は、5人以上まとめて検査を受ける場合に申請できます。試験検査依頼書と一緒に提出してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

試験検査依頼書と同じ提出日

(宛先) 高松市長

申請者 住 所 〇〇市〇〇町△丁目△番△△号

氏 名 〇〇会社

代表取締役 〇〇 △△△

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

試験検査依頼書と同じ申請者

保 健 所 使用料 減 免 申 請 書  
手 数 料

保健所 使用料 の減免を受けたいので、次のとおり申請します。  
手 数 料

|                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| 減免を受けようとする使用料<br>(手数料) の種別 | 試験検査 (検便)              |
| 減 免 額                      | 28,800円を14,400円に 減額・免除 |
| 理 由                        | 集団取り扱いのため (5名分)        |

検査を受ける方全員の合計金額  
で計算してください。減免額は  
合計金額の半額です。