

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 △△△

試験検査依頼書と同じ申請者

〔法人にあつては、主たる事務所の所在

地並びに名称及び代表者の氏名

〕

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 (手数料)の種別	試験検査 (検便)	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。
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)	