下水道事業受益者負担金額算定依頼書

令和　　年　　月　　日

大田市上下水道部下水道課長　様

〒
受 益 者　住所

氏名

大田市公共下水道事業に伴う受益者負担金額の算定について下記のとおり依頼します。

し尿浄化槽の処理対象人員算定に必要な事項	建築物の用途 ※1	□　店舗併用住宅 □　営業・事務所（業種　　） □　店舗（業種　　） □　工場・作業場（業種　　） （定員　　人） □　病院・療養所（ベッド数　　基） □　診療所・医院 □　官公署・学校（定員　　人） □　その他（業種　　）
添付資料	□　建物図面等　　□　既設置浄化槽資料 □　その他（　　） ・建物図面は、延べ床面積のわかるもの ・既設浄化槽資料は、浄化槽保守点検記録表の写し等の処理対象人員のわかるもの	

※１　該当する□に「レ」をして、必要事項記入してください。