

常設展示・企画展示 観覧料減免申請書（障がい者・介護者）

滋賀県立琵琶湖博物館長あて

年 月 日

団体名 代表者 印

下記のとおり、相違ないことを証明します。

観覧日時	年	月	日()	時	分	～	時	分
団体住所 〒	—							
電話番号	—	—	FAX 番号	—	—			

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方の人数						合計 人数
未就学児	小学生	中学生	高校生	大学生	大人	
人	人	人	人	人	人	人
身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方のお名前				該当する区分に○をしてください		
1					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
2					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
3					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
4					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
5					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
6					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
7					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
8					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
9					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	
10					未就学児 ・ 小学生 ・ 中学生 ・ 高校生 ・ 大学生 ・ 大人	

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちでない方の人数							合計 人数
未就学児	小学生	中学生	高校生	大学生	大人	介護者 (減免対象)	
人	人	人	人	人	人	人	人

- 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方は、観覧料（常設展と企画展）が免除されます。
来館日の1週間前までにこの減免申請書を郵送してください。なお、障害年金のみ受給の方は減免の対象とはなりません。
- 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方の介護者は観覧料（常設展と企画展）が免除されます。
なお、手帳をお持ちの方1名に対し介護者が複数名必要な場合は、別紙「減免申請書（複数介護者）」も併せてご提出ください。

※この申請書は観覧料の減免のために提出いただくものであり、他の目的で利用することはありません。
※この申請書の作成にあたっては、趣旨をご理解の上、個人情報保護の観点から本人の承諾を得てください。
※日程変更した場合は、変更した日程で再度ご提出ください。