

滋賀県立琵琶湖博物館 観覧料減免申請書

滋賀県立琵琶湖博物館長あて

年 月 日

団体名 _____ 代表 _____ 印

下記の通り、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	—	—		

No.	身体障害者手帳または療育手帳または精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方・介護保険「要介護4または5」の方のお名前	未就学児・小・中学生は○を付ける	1種・A・1級の方	介護保険「要介護4または5」の方
1			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
2			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
3			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
4			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
5			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
6			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
7			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
8			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
9			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
10			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
11			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
12			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
13			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
14			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当
15			該当 ・ 非該当	該当 ・ 非該当

手帳所持者人数	手帳をお持ちでない方の人数				入館者合計人数
	未就学児	小・中学生	高校・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の方は、常設展示・企画展示とも観覧料が免除されます。

なお、障害年金のみ受給の方は該当しません。

受付で手帳を提示いただくか、事前にこの申込名簿を提出してください。

○次に該当する方の介護者は観覧料が免除されます。(1名につき1名の方が対象となります)

- ・身体障害者手帳「1種」または療育手帳「A」または精神障害者保健福祉手帳等「1級」の方
- ・介護保険「要介護4」又は「要介護5」の方

※この名簿は、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。

※作成にあたっては、個人情報保護の観点からこの趣旨をご理解のうえ本人の承諾を得てください。

※来館日の1週間前までに、ご郵送下さい。