

# 記入例

## 減免資格申請書

令和 ○○年 ○○月 ○○日

サケのふるさと千歳水族館  
館長 菊池 基弘 様

住所 千歳市花園2丁目312番地

名称 サーモン福祉施設

代表者名 千歳川 サケ男



電話番号) 0123-42-3001 FAX) 0123-42-2310

以下のとおり資格を有しますので、申請します。

### 記

〈利用年月日〉

・令和 ○○年 △月 △日 ..... 10時 30分 ~ 11時 45分まで

〈利用者内訳〉

・手帳保持者 大人.....名 高校生.....名 小中学生...3.0名 幼児.....名

・付き添い 引率(教員).....4名 (介助者・家族・その他).....2名

〈その他〉

・旅行代理店 ..... 紅鮭トラベル / 千歳川支店 / (担当: サケ村サケ子)

・電話番号 ..... (0123)45-6789

・備考欄 ..... ※家族は大人1名・小学生1名です

《申込方法》

- ・空欄部に必要事項を記入捺印の上 FAX にて当館へお送りください。
- ・減免対象となる手帳は、身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳の3点です。通所受給者証は対象外となりますので、ご了承ください。
- ・旅行代理店ご利用の場合は、旅行代理店名・支店名・電話番号をご記入ください。
- ・何かご連絡事項等ございましたら、備考欄へご記入ください。

《入館時》

- ・入館受付時にチケットカウンターで減免資格申請書の原本をご提示ください。
- ・当申請書をご利用の場合、当日手帳のご提示は不要です

サケのふるさと千歳水族館

TEL:0123-42-3001 FAX:0123-42-2310