**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

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号） 　　　　　　　　　FAX）

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　　　　　　時　　　分　　～　　　時　　　分まで

〈利用者内訳〉　　合計人数　　　　名

・手帳保持者　　大人　　　名　　高校生　　　名　　小中学生　　　名　　未就学児　　　名

・手帳なし　　　大人　　　名　　高校生　　　名　　小中学生　　　名　　未就学児　　　名

〈その他〉

・旅行代理店　　　　　　　　　　　　／　　　　　　　　　　／

・電話番号

・備考欄

　《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。

・捺印は**施設印**でお願いいたします。

・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