

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**をお願いいたします。
- ・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。