障害者施設等

令和　　年　　月　　日

新潟県立植物園利用申込書

新潟県立植物園長　あて

郵便番号
住所
施設・団体名
施設長・団体長名　　印
電話番号

下記のとおり、新潟県立植物園観賞温室の見学を申し込みます。

記

日時	平成　　年　　月　　日　　時　　分　～　　時　　分	
見学者	【障害者】	
	□身体障害者手帳：旅客鉄道運賃減額区分1種の者	名
	□療育手帳：判定Aの者（旅客鉄道運賃減額区分1種の者）	名
	□精神障害者保健福祉手帳：障害等級 1級の者	名
	□上記以外の者	名
	計	**名**
	【介助者等】	
	□身体障害者手帳：旅客鉄道運賃減額区分1種の方の介助者	名
	□療育手帳：判定Aの方（旅客鉄道運賃減額区分1種の方）の介助者	名
	□精神障害者保健福祉手帳：等級 1級の方の介助者	名
	□補装具を使用する障害者の介助者	名
	□障害者（等級不問）又は補装具を使用している障害者が20名以上の団体として入館する場合の随行医療担当者	名
	□上記以外の介助者	名
	計	**名**
	【その他】 **計**	**名**
	合　計	**名**

※上記見学者のうち、減免（入館無料）対象者は以下のとおり
【障害者】
「身体障害者手帳」、「療育手帳」、「精神障害者保健福祉手帳」の交付を受けた方（等級不問）
【介助者等】
・身体障害者1種（旅客鉄道運賃減額区分）の方、知的障害者判定Aの方、精神障害者1級の方、補装具を使用する障害者の方1名につき介助者1名
・障害者（等級不問）又は補装具を使用している障害者が20名以上の団体として入館する場合の随行医療担当者2名まで

利用人数が決まりましたら、この申込書をFAXでお送りください。 新潟県立植物園 FAX 0250-24-6410