島根県花ふれあい公園「しまね花の郷」入園料減免申請書

　　年　　月　　日

しまね花の郷　園長　宛

申請者　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

＊団体の場合、その名称、所在地及び代表者氏名

下記のとおり入園料の減免を受けたいので申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 減免を申請する理由 | □学校教育（小中高）の教育課程に基づき教育活動として教職員に引率されて入園する場合　［学校行事の名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| □身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳　所持者 |
| □20人以上の団体利用 |
| 責　　　任　　　者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　―　　　　　―　　　　　　） |
| 使 　用 　時 　間 | 　　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分から　　　時　　　分まで |
| 区　　　　分 | 正規の入園料 | 人　数 | 減免後の金額 | 合　計 |
| 1. 小学校の児童又は

中学校、高等学校の生徒 | 　１００円 | 人 | ８０円 | 円 |
| 1. 上記１の引率教員
 | ２００円 | 人 | 無料 | ０円 |
| 1. ・身体障害者・療育手帳

・精神障がい者保健福祉手帳所持者 | 大人　２００円 | 人 | １００円 | 円 |
| 小中高生　１００円 | 人 | ５０円 | 円 |
| 1. 上記３の介添人

＊手帳所有者1名につき1名まで | ２００円 | 人 | 無料 | ０円 |
| ５．20人以上の団体（１から４までに該当する者を除く） | 大人　２００円 | 人 | １６０円 | 円 |
| 小人　１００円 | 人 | ８０円 | 円 |
| 合　　　計 |  | 人 |  | 円 |

＊太枠の中のみ記入してください。

＊ご記入後、しまね花の郷までFAXしていただきますようお願いいたします。

＊本書は来園当日受付へご提出ください。

お問い合わせ先　しまね花の郷

出雲市西新町2丁目1101-1　TEL(0853)20-1187 **FAX(0853)20-1158**