

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

《減 免 観 覧 申 込 書》

申込者	ご来館日	年 月 日	時 間	:	~	:	
	団体名				代表者		
	TEL			FAX			

太枠内で該当する箇所に入数を記入ください。なお、無料観覧者については、証明書等を提示してください。

観 覧 者 区 分		人 数	介 護 者	
無料観覧者	障害者※	身体障害者手帳（第1種）	名	名
		療育手帳（A）	名	名
		精神障害者保健福祉手帳（1級）	名	名
		その他の障害者	名	介護者は有料
	高齢者	市内に住所を有する65歳以上の方	名	合計 (イ) 0 名
		合 計 (ロ)	名	

(注) ※ 身体障害者手帳（第1種）、療育手帳（A）、精神障害者福祉手帳（1級）の交付を受けている障害者1名につき介護者1名となります。それ以外（第2種、B、2級、3級など）の方はその他の欄にご記入ください。

上記に該当しない方は下記の欄にご記入ください。

有料観覧者	一 般	名	@		円
	中・高・大	名	@		円
	小学生	名	@		円
	合 計 (ハ)	名	合 計		円

観覧者総数 (イ) + (ロ) + (ハ) _____ 名 ※観覧者総数20名以上団体料金

備考

[いわき市石炭化石館 返信欄]

FAX送付先	0 2 4 6 - 4 2 - 3 1 5 7	いわき市石炭・化石館 ほるる
--------	-------------------------	----------------