

入園料・駐車場料金の減免申請について

次の手帳をご持参いただき、ご本人の確認ができれば、公園入園料金・駐車場利用料金が免除となります。

- 身体障害者手帳 ※身体障害者福祉法に基づき交付されるもの。
 - 療育手帳 ※知的障害児・者が各種の福祉サービスを受けるために交付されるもの。
 - 精神障害者保健福祉手帳 ※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき交付されるもの。
- 上記の手帳のコピーでも結構です。

●当日手帳を持参することが困難な場合

入園料減免申請書（様式-減1）（以下「申請書」という）により、手帳の代わりとすることができます。

●入園料減免申請手続きについて

1. 申請書を、来園する3日前までにFAXまたは郵送にて提出してください。事前に内容を確認させていただきます。原本は、ご来園当日にお持ちください。申請書には必ず団体名の記入と社印もしくは代表者印の押印をお願いいたします。
2. 減免対象者の入園料減免申請一覧表（様式-減2）（以下「一覧表」という）には申請対象者全員の情報をご記入いただき、申請書と一緒にご来園当日にお持ちください。確認後、ご返却いたします。

●来園当日

1. 申請書の原本と一覧表は、ご来園当日必ずご持参いただき、駐車場料金所及び入園ゲートにてご提示ください。
2. 事前にいただいた内容と相違が認められた場合、減免の適用をお断りさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。

●駐車場利用料金減免の適用方法

ご来園方法	車両の限定等	減免適用の方法等
運転者が手帳所持者	限定なし	<u>手帳の提示</u> で適用する
同乗者が手帳所持者	乗車定員10人以下の車両 (普通免許で運転できる車両)	<u>同乗の手帳所持者の手帳提示</u> で適用する
	乗車定員11人以上の車両 (上記以外の車両)	乗車している人数の <u>4分の1以上</u> が <u>手帳を提示</u> した場合適用する

※手帳は、コピーまたは申請書の提示でも可。

※駐車場での申請書の提示方法

- ・複数車両でのご来園の場合…先頭車両がご提示くだされば結構です。
- ・お車の到着がバラバラになる場合…各車両にコピーをご用意いただき、先頭車両のみ原本をお持ちください。

以上

入園料減免申請書

令和 年 月 日

(財) 公園緑地管理財団
越後公園管理センター
管理センター長 殿

住 所

団 体 名

代表者氏名

印

標記について、貴施設を利用するにあたり、入園料金の減免をお願いしたく下記の通り申請いたします。

記

1. 来園日時 令和 年 月 日 曜日 : ~ :

※雨天の場合 決行 ・ 中止 ・ 延期 (月 日)

2. 入園者内訳

※介添人・・・身体障害者手帳または療育手帳保持者、精神障害者保健福祉手帳保持者で介添えが必要な場合のみ、手帳保持者1名につき介添え1名が減免対象となります。

区 分	大人	小人 (小・中学生)	合 計
手帳保持者	人	人	人
介添人	人	人	人
有料入園者	人	人	人
合 計	人	人	人

3. 引率責任者 氏名

TEL

4. 駐車車両台数

バス 台

※バス内訳 (乗車定員11人以上の車両)
乗車人数の4分の1以上が手帳保持者の場合は無料

普通車 台

※手帳保持者が乗車している場合のみ無料

車両ナンバー	乗車人数	手帳保持者
	人	人
	人	人
	人	人
	人	人

5. その他

入園料減免申請一覧表

※手帳の種類については□にチェックを入れてください。

用紙No.

	手帳の種類	氏名	手帳番号
1	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
2	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
3	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
4	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
5	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
6	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
7	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
8	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
9	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
10	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
11	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号
12	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		第 号

※記入欄が足りない場合は、複数枚に分けてご記入ください。その際は、右上に用紙No.をご記入ください。