

# 「施設利用申込書」



兼

# 「使用料免除申請書」

使用料の免除を申請する場合は、 をしてください  
また、使用料免除 基準の該当番号も記入してください

・申請日： 年 月 日

■施設利用申込書： かがわ総合リハビリテーション 福祉センター長 宛

◆使用料免除申請書： かがわ総合リハビリテーション事業団 理事長 宛

・住所 〒 -

・団体名

・氏名 (印)

・連絡先電話 ( ) -

次の各号のいずれかに該当する場合について、使用料金を免除するものとします。  
尚、福祉センター2F貸館の免除対象は団体・組織体のみですが、調理実習室に限り、個人での免除可

■施設利用について、かがわ総合リハビリテーション福祉センターにおいて、下記施設を利用したいので申し込みます

◆表題の「使用料免除申請書」に の場合：使用料免除について、かがわ総合リハビリテーション福祉センターの使用料の免除を受けたいので、次の通り申請します

記

◆使用料免除 該当番号(右表より該当番号を入力)⇒

No.	利用年月日 (同じ利用目的の場合 複数の日程 記入可↓)	利用施設に <input checked="" type="checkbox"/> してください						利用時間 (同一日でも時間が異なる場合、 次のNo.欄に記入してください)	利用者数 合計 内、使用料免除 個人基準① ②③該当者	冷暖房 利用 ○を記入	※使用料		
		研修室		AV 会議室	第1 調理実習室		使用料 (免除該当 者以外)				冷暖房料 (使用料の 20%)	合計	
		第1	第2		IH側	ガス側							
1	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時 分 ~ 時 分	計 うち ( ) 人	有・無	円	円	円	
2	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時 分 ~ 時 分	計 うち ( ) 人	有・無	円	円	円	
3	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時 分 ~ 時 分	計 うち ( ) 人	有・無	円	円	円	
4	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時 分 ~ 時 分	計 うち ( ) 人	有・無	円	円	円	
5	年 月 日 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	時 分 ~ 時 分	計 うち ( ) 人	有・無	円	円	円	

番号	◆使用料免除 該当基準 注) 但し、営利を目的とした 行事等の場合、免除不可
個人基準 (調理室のみ該当)	① 「身体障害者手帳」、「療育手帳」 「精神障害者保健福祉手帳」 所持者 ② 「障害福祉サービス受給者証」 「障害年金受給証明書 又は 通知書」 「特定疾患登録者証」 「自立支援医療受給者証」 「特別児童扶養手当証書」 「特別支援学校の学生手帳」 「医師の診断書 但し、高次脳機能障害 ・発達障害 ・障害者総合支援法の対象疾病 (難病等) に限る」 のいずれかを提示した者
③	かがわ総合リハビリテーション病院の入院患者が、入院期間中に医師の指示により、リハビリテーションを目的に利用する場合
団体 *2	*1: ①又は②に該当する者について、以下「障害者」と表現します *2: 以下、団体は、おおむね10名以上(構成人数、かつ、利用申込時の利用人数)とします ④ 障害者*1を含む団体 但し、障害者*1が、利用者のうち、おおむね半数以上含まれている事 注) 利用申請時に、障害者*1を証明できる手帳・書類の写し等の提示が必要 尚、団体の規約や会則の有無は問わない (⑤は、福祉バスのみ条件の為、省略)
組織体	⑥ 以下⑥は、障害者*1の「所属有無」、「利用有無」を問わない、かつ、組織体としての「構成人数」も問わない(=10名未満でも可能) 障害者福祉の向上・増進・充実、支援に寄与する組織体 注) 利用申請時に、組織体を証明できる規約・会則等の提出が必要

注1) 該当する欄(薄灰色部分)に記入してください。注2) 研修室(第1+第2)、調理実習室を全面利用の際、該当室 全てにしてください。

注3) ※印の欄は記入しないでください。(職員にて記入します) 注4) 氏名を自署で行う場合、押印を省略できます。(⑥欄は、署名でも可)