

「**■ 体育施設 団体利用 申請書**」

(第6号様式)



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

■**団体利用申請書** : 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 () -

本票での申請対象は、**団体のみ**です。
次の各号のいずれか(④もしくは⑥)に該当する場合について、使用料を免除するものとします。
尚、一般団体は、有料利用となります。
注)グラウンドは無料です。

■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(④か⑥)入力]⇒

| 利用目的 | | 該当利用施設に <input checked="" type="checkbox"/> してください | | | | | | 利用時間 | | 利用者数 合計 | 貸出希望 用具 | ※使用料 (グラウンドは無料) |
|------|-----------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|------------|--------------------|
| No. | 利用年月日 (同じ利用目的の場合 複数の日程記入可↓) | 体育館 | | | 温水プール | | (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) | 利用時間 | 内、使用料免除 個人基準 ①②該当者 | | | |
| | | 全面 | 半面 | 1/4面 | A(3-5) | B(1-2) | | | | | | |
| 1 | 年 月 日() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時 分 ~ 時 分 | 計 うち () 人 | | 円 | |
| 2 | 年 月 日() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時 分 ~ 時 分 | 計 うち () 人 | | 円 | |
| 3 | 年 月 日() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時 分 ~ 時 分 | 計 うち () 人 | | 円 | |
| 4 | 年 月 日() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時 分 ~ 時 分 | 計 うち () 人 | | 円 | |
| 5 | 年 月 日() | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時 分 ~ 時 分 | 計 うち () 人 | | 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) ※印の欄「使用料」は記入しないでください。(職員にて記入します)

注3) 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)