

体育施設・文化施設 団体利用 兼 使用料免除申請用 団体名簿

団 体 名 : _____

番号	ふりがな 氏 名	該当箇所に○印等を付けてください					備 考	[施設記載] 手帳, 書類等 の確認欄
		障害者 ※1		介 助 者	関 係 者	一 般		
		①身体, 療育, 精神の手帳 所有者	②下欄の対象 に該当され る方 ※2					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
小計 ・ 合計	名	名	名	名	名	名	——	——

※1 障害があることが分かる書類（身体、療育、精神の手帳や下記※2の書類）については、コピーの提示で可
また、「福祉センター利用カード」をお持ちの方は、カード(コピー可)の提示またはカード番号の記載でも可

※2 ②の対象となる条件

以下のいずれかを提示できる方

- ・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 ・特定医療費（指定難病）受給者証
- ・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 又は 在籍証明書
- ・医師の診断書（ただし、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）

番号	ふりがな 氏名	該当箇所に○印等を付けてください					備考	[施設記載] 手帳、書類等 の確認欄
		障害者 ※1		介助者	関係者	一般		
		①身体、療育、 精神の手帳 所有者	②下欄の対象 に該当され る方 ※2					
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
小計・ 合計	名	名	名	名	名	名	——	——

※1 障害があることが分かる書類（身体、療育、精神の手帳や下記※2の書類）については、コピーの提示で可
また、「福祉センター利用カード」をお持ちの方は、カード(コピー可)の提示またはカード番号の記載でも可

※2 ②の対象となる条件
以下のいずれかを提示できる方
 ・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 ・特定医療費（指定難病）受給者証
 ・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 又は 在籍証明書
 ・医師の診断書（ただし、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）

番号	ふりがな 氏名	該当箇所に○印等を付けてください					備考	[施設記載] 手帳、書類等 の確認欄
		障害者 ※1		介助者	関係者	一般		
		①身体、療育、 精神の手帳 所有者	②下欄の対象 に該当され る方 ※2					
小計 ・ 合計	名	名	名	名	名	名	——	——

※1 障害があることが分かる書類（身体、療育、精神の手帳や下記※2の書類）については、コピーの提示で可
また、「福祉センター利用カード」をお持ちの方は、カード(コピー可)の提示またはカード番号の記載でも可

※2 ②の対象となる条件
以下のいずれかを提示できる方
 ・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 ・特定医療費（指定難病）受給者証
 ・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 又は 在籍証明書
 ・医師の診断書（ただし、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）