喜多方市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

障がい者の利用に係る公の施設の使用料等の免除確認書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用区分 | 貸切使用 |  |
| 使用申請者 | 住所電話（　　　　）　　　－　　　　　 | ふりがな |
| 氏名 |
| 使用施設 |  |
| 使用日時 | 年　　月　　日　　時　　分　から　　　年　　月　　日　　時　　分　まで |  |
| 使用者数 | 免除対象障がい者数 | 免除対象介護者数 | その他の人数 | 計 |
| 身体障害者手帳の交付を受けている方 | 人 |  |  |  |  |
|  | うち下記２－⑴に該当する方 |  | 人 | 人 |
| 療育手帳の交付を受けている方 | 人 |  |  |
|  | うち下記２－⑵に該当する方 |  | 人 | 人 |
| 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 | 人 |  |  |
|  | うち下記２－⑶に該当する方 |  | 人 | 人 |
| 合　計 | (ｱ)人 | (ｲ)人 | (ｳ)人 | (ｴ)人 | (ｱ)+(ｳ)+(ｴ)人 |
| 免除額 | 円 | 免除確認者印 |  |
| 使用許可年月日 | 年　　月　　日 | 使用許可番号 |  |

記

１　免除対象障がい者とは

　　　身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方です。

２　免除対象介護者とは

　　　次に掲げる障がい者の介護のために同伴する方です。１人の障がい者につき１人に限ります。

　⑴　身体障害者手帳の所持者で、その手帳に第１種身体障害者である旨の記載がある方

　⑵　療育手帳の所持者で、その手帳に第１種知的障害者又は障がいの程度がＡである旨の記載がある方

　⑶　精神障害者保健福祉手帳の所持者で、その手帳に障害等級が１級である旨の記載がある方

３　利用方法

　⑴　使用申請の際に、各施設の「使用申請書」と、この「免除確認書」を提出してください。

　　※　この「免除確認書」は、太枠の中のみ記入してください。

　　※　上記の表の(ｱ)の人数が、(ｴ)の人数以上であることが免除の条件となります。

　⑵　利用当日、上記１に掲げる各手帳を提示していただき、免除対象者であることを確認させていただきます。

　⑶　施設の規模、使用形態からみて利用人数が適当と認められるときに限り、使用料等が免除されます。

**(注)　入場料等を徴収する催しや、営業・営利等の目的で利用する場合は、使用料等の免除はいたしません。**