

# 入園料減免申請書

申請日：2026年 月 日

(手帳提示不要)

## こもれば森のイバライド

FAX 029-892-3911

TEL 029-892-3911

申請者

(団体名)

印

ご住所

TEL

FAX

ご担当者

予約日

2026年

月

日 ( )

予定時間

到着

:

着

出発

:

発

| ◆減免対象の方 |                 |                    | 人数 | 団体入園料  |
|---------|-----------------|--------------------|----|--------|
| 障がい者    | 大人<br>中学生以上     | 手帳あり<br>(身体・療育・精神) | 名  | 700円   |
|         | 小人<br>4歳～小学生    | 手帳あり<br>(身体・療育・精神) | 名  | 500円   |
| 介護者     | 障がい者手帳1名につき1名まで |                    | 名  | 700円   |
| ◆その他    |                 |                    |    |        |
| 一般      | 大人<br>中学生以上     | 中学生以上              | 名  | 1,100円 |
|         | 小人<br>4歳～小学生    | 4歳～小学生             | 名  | 700円   |

**\* 事前にFAXのうえ、原本を必ず当日ご提出ください。**

(当日手帳の提示が可能な場合不要)

\* 総入園者が15名以上の場合は上記の団体入園料となります。

**\* 体験、食事は電話でのご予約となります。**