

入園料減免申請書

申請日：

年 月 日

こもれば森のイバライド

TEL 029-892-3911

FAX 029-892-3944

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

内 容

入園 ・ 食事 ・ 体験

予約有

◆減免対象の方			人数	団体入園料
障 が い 者	大 人 中学生以上	手帳あり (身体・療育・精神)	名	700円
	小 人 4歳～小学生	手帳あり (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
◆減免以外の方				
一 般	大 人 中学生以上	中学生以上	名	1,000円
	小 人 4歳～小学生	4歳～小学生	名	600円

*** 事前にFAXのうえ、原本を必ず当日ご提出ください。(手帳の提示不要)**

* 人数等の変更の際は直接お電話でご連絡ください。再FAXは不要です。

* 総入園者数が15名以上の場合は記載の入園料となります。

* 申請書がなくても手帳を受付時に直接ご提示いただいても減免は可能です。

* 入園以外のご予約(体験・食事)は、直接お電話でのお申込みください。