

年 月 日

減 免 申 請 書

下記の団体が貴施設を見学したいので、入場料金減免をお願いいたします。

記

期 日 年 月 日 ()

団体名

人 数 大人_____名 小人_____名 合計_____名
種 別

身体障害者手帳 大人 名
小人 名

療育手帳・愛の手帳・愛護手帳・緑の手帳 大人 名
小人 名

精神障害者保健福祉手帳 大人 名
小人 名

介護者 大人 名
小人 名

その他（手帳保持者および介護者除く） 大人 名
小人 名
合計 名

施設名

住所
TEL

代表者名

印

以上

東武ワールドスクウェア FAX 0288-77-1003