

東京都障害者休養ホーム事業宿泊施設利用申込書 兼 利用券

宿 泊 施 設 名	利 用 日		利 用 人 数 (申 込 代 表 者 を 含 む)				
			区 分	大 人	小 学 生	幼 児	計
	年 月 日 ~	泊	男	人	人	人	人
	年 月 日	数 泊	女	人	人	人	人

※利用申込書をご郵送の際には、返信用封筒を同封してください。(返信先を記入し、郵便料金分の切手を貼ってください。)

予 約 者	
氏 名	
団 体 名 (施設名)	
電 話	()
ファックス	()

※協会記入欄

区 分	障 害 者	付 添	控 除 数 ・ 控 除 額	
大 人	人	人	人	泊 分 円
小 人	人	人	人	
幼 児	人	人	人	

※ファックスでお申込みの方は、ファックスで利用券を返送しますので、受信可能なファックス番号を必ずご記入ください。

助成対象	氏 名 (上段:カタカナ、下段:漢字)	性 別	年 齢	付 添 者	住 所	手 帳 種 別	手 帳 番 号	障 害 等 級	障 害 の 状 況
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()
有・無		男・女		身愛精	(〒)	身愛精		1 4 2 5 3 6	肢体・車イス 視覚・聴覚 内部障害 その他()

※太枠内にすべて記入してください。

	利用券交付	施設管理者	東京都
確認欄			

※連絡事項

【注意事項】

- 1 チャリティ協会から返送された利用券は、利用時に身体障害者手帳、愛の手帳又は精神障害者保健福祉手帳とともに必ず持参し、施設の受付に提出してください。
- 2 宿泊料は変更になる場合があります。
- 3 利用の取消し、利用人員の減等利用申込内容を変更する場合は、必ずすぐに施設、協会の両方へご連絡ください。
なお、取消した場合は施設の規定により違約金が必要になることがあります。
- 4 利用申込書の提出、お問い合わせは、 **日本チャリティ協会へ** ☎ 03 (3353) 5942 FAX 03(3359)7964
〒160-0004 新宿区四谷1-19 アーバン四谷ビル4階