

無
料

入 城 料 等 免 除 申 請 書 3

(あて先) 京 都 市 長	平成 年 月 日
学校又は施設の所在地	学校又は施設の名称及び代表者名 学校名又は 施 設 名 代 表 者 ⑩ (担当 電話)

<input type="checkbox"/> 本校は[] <input type="checkbox"/> 当施設は[] であるため、元離宮二条城条例第4条の規定により、 入城料の免除を申請します。	
入 城 日 時	平成 年 月 日 () 時 分から 時 分まで
入 城 人 員	名 (うち介護人又は介添人 名)
施設等設立根拠法令	
引 率 責 任 者	
そ の 他	

- 注1 申請者の代表者名を自署する場合は、押印を省略することができます。
- 2 該当する□には、レ印を記入してください。
- 3 []の中には、特別支援学校、特別支援学級又は身体障害者更生援護施設、知的障害者援護施設、精神障害者社会復帰施設、児童福祉法に定める施設等の名称を記入してください。
- 4 免除の対象となる施設等は、以下に定める施設等です。
- (1) 障害者自立支援法第5条第1項、第12項及び第26項に定める施設
 - (2) 身体障害者福祉法第5条に定める施設
 - (3) 学校教育法第1条に定める特別支援学校及び第81条第2項に定める特別支援学級
 - (4) 児童福祉法第12条の4及び第6条の2第2項並びに第4項に定める施設
 - (5) 児童福祉法第41条から第44条までに定める施設
 - (6) 療育手帳の交付を受けた者が通う施設
 - (7) 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者が通う施設
- 5 この申請書は、入城（予定）日の10日前までに元離宮二条城事務所に提出してください。
 なお、FAXによる申請は、受け付けておりません。

担 当 京都市文化市民局元離宮二条城事務所	
所 在 地 〒604-8301 京都市中京区二条通堀川西入二条城町541番地	
電話番号 (075) 841-0096	FAX番号 (075) 802-6181
入城時間 午前8時45分から午後4時まで (閉城午後5時)	
休 城 日 12月26日から1月4日まで	
7月、8月、12月及び1月の毎週火曜日 (休日の場合は翌日)	