

年 月 日

(申請先) 中能登町長

住 所 中能登町

氏 名

㊟

## 指定宿泊施設利用助成券申請書

障害者温泉療養事業「指定宿泊施設利用助成券」の申し込みを申請します。

【利用区分】  宿泊利用 (1人・年1回)  日帰り利用 (1人・年3回)

| 利用者名 | 住 所 | 電話番号 | 世帯主名 | ※確認事項 |
|------|-----|------|------|-------|
|      |     |      |      |       |

※は記入しないこと

付添人 住 所

氏 名

利 用 日 :

利用施設名 :

- A. 身体障害者手帳
- B. 療育手帳
- C. 精神障害者保健福祉手帳

### 【注意事項】

1. 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を所持している石川県内在住の在宅の障害者
2. 重度の障害者(身体障害者手帳1～2級、療育手帳A、精神障害者保健福祉手帳1級所持者)の付添人で町が認めた者。  
なお、付添人は、申請者に対し1人までとする。
3. 利用できる施設は、県内の施設で県の指定を受けた施設に限る。
4. 利用券の助成額について(①、②のいずれかを選択)  
①宿泊利用(1人1回・連泊を含む) : 3,000円  
②日帰り利用(1人3回、日帰りプラン) : 1,000円  
※(宿泊・日帰りのいずれも施設予約時に、助成券使用の連絡が必要です)