

受付印	受付 No.

## 長野県立美術館観覧料減免申請書（福祉施設）

令和    年    月    日

指定管理者

一般財団法人長野県文化振興事業団  
長野県立美術館長 様

申請者

施設名

社印

施設長氏名

電話番号

F A X 番号

次のとおり減免してください。

利用目的	社会福祉施設が入所者に対して行う行事として観覧するため		
観覧日時	令和    年    月    日	※時間は長野県立美術館団体申込書に記載	
観覧者数等	入所者数		名
	引率責任者氏名	引率者数	名
		計	名
観覧場所	<input type="checkbox"/> コレクション展 <input type="checkbox"/> 企画展（                    ）		

**※必ずお読みください※**

減免申請は、長野県立美術館団体申込書を期間内にお申込み済の方で、長野県の社会福祉施設名簿に記載のある施設が対象となります。

減免額	人数		1人あたり入館料(一般)	入館料計
	※美術館記入※	入所者	名	円
	引率職員	名	円	円
	計	名	円	円
団体受付 No.				