次長	総務係	担当	受付印	受付 No.
美術館減免利用を許可してよいでしょうか				

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
住所
電話番号
ＦＡＸ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	引率責任者氏名 入所者数　　名 引率者数　　名 計　　名
観覧場所	☐ コレクション展 ☐ 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。

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