

障害者乗船料減免申請書

※当日ご持参下さい

平成 年 月 日

株式会社 ポートサービス 殿

住所 _____

施設名 _____

代表者 _____ 印

電話 _____

この度、私どもでは下記のとおり乗船致したく、併せて乗船料の減免をお願い申し上げます。
記

1. 日 時 年 月 日

1. 乗船コース コース(便)

1. 障害者(代表)

氏名 _____ (才)

手帳交付番号 _____

1. 介護者(代表)

氏名 _____ (才)

1. 乗船人員

障害者 _____ 人 介護者 _____ 人

※乗船料金割引規定

【身体障害者手帳】

- A. 第一種身体障害者 : ご本人と介護者1名は通常料金の50%割引
- B. 第二種身体障害者 : 神奈川県在住者ご本人のみ通常料金の50%割引

【療育手帳または愛の手帳】

- A. 愛の手帳A-1 : ご本人と介護者1名は通常料金の50%割引
- B. 愛の手帳A-2 : 神奈川県在住者ご本人のみ通常料金の50%割引

【精神障害者保健福祉手帳】

- A. 障害者手帳1級～3級 : ご本人と介護者1名は通常料金の50%割引

■上記規定につきましてのご不明な点につきましては、弊社予約センターまでお問合せ下さい。

予約センター 045-671-7719