様式２

手帳所持証明書

施設名：

代表者名：　　代表印

電話番号：

FAX番号：

砂の美術館への入館に伴い、以下の者が「**障がい者手帳及び療育手帳又は精神障がい者保健福祉手帳、特定医療費医療受給者証の所持者、または介護保険法の規定により要介護状態もしくは要支援状態と認定された者**」であることを証明します。

利用日時：　　年　　月　　日
　　時　　分

	氏　名	手帳等の種類	備　考
	例）〇〇　〇〇	障がい者手帳	
	例）〇〇　〇〇	介護保険証	要支援又は要介護を記入
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

①手帳等所持者　　0 人　　②介護職員　　人　　**合計　　0 人**

③介護者　　人