

魚沼市スキーリフトシーズン券申込書（2024）兼シーズン券購入補助金交付申請書兼実績報告書

※共通リフトシーズン券は☑をつけたスキー場にてお受け取りください。

	受取スキー場名	小 出	薬 師	須 原	奥只見丸山	
①	小学生料金	<input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通28,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通29,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通31,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 21,000円	<input type="checkbox"/> 小出共通28,500円 <input type="checkbox"/> 薬師共通29,500円 <input type="checkbox"/> 須原共通31,500円
	中学生料金	<input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通37,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通38,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通40,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 29,000円	<input type="checkbox"/> 小出共通37,000円 <input type="checkbox"/> 薬師共通38,000円 <input type="checkbox"/> 須原共通40,000円
②	(ふりがな) 氏 名	()		《交付申請額》 ※どちらかの☐にチェック(☑)を入れてください。 シーズン券代の半額が10,000円未満になる場合は 計算式に金額を入れてください。		
	③	生年月日	平成 年 月 日生 (才) 購入時現在	☐ ①の金額 円 × 1/2 = 円		
④	住 所 電話番号	〒 魚沼市 電話 (- -)		委任状 補助金の請求及び受領の権限について、スキー場事業者を代理人に定め、その権限を委任します。 申請者氏名 _____ 保護者氏名 _____ (印)		
⑤	学 校 名	小学校 年 組 中学校				
⑥	保護者確認	上記の者が「魚沼市スキーリフトシーズン券2024」を申し込むことを確認いたします。 令和 年 月 日 保護者氏名 (印)				
	備 考					

【記入方法】

- ①購入したいスキー場の券種を☑をつけてください。
- ②シーズン券使用者の名前を記入ください。
- ③シーズン券使用者の生年月日及び購入時現在の年齢を記入してください。
- ④居住する住所を記入してください。
- ⑤学校名を記入してください。
- ⑥保護者の確認印をお願いします。

※ 注意

- ・シーズン券のご利用期間は各スキー場シーズン終了までとします。
- ・補助対象者の補助金交付申請は、**1人につき1シーズン（2024年度）1回に限ります。**
- ・共通リフトシーズン券を希望される場合は、申請書の「①スキー場」欄で☑をつけたスキー場から発券されますので、☑をつけたスキー場にてお受け取りください。

※スキー場記入欄

シーズン券引渡し日 兼自己負担金受領日	シーズン券写し添付

購入するスキー場に☑

魚沼市スキーリフトシーズン券申込書（2024）兼シーズン券購入補助金交付申請書兼実績報告書

金額を記入

※共通リフトシーズン券は☑をつけたスキー場にてお受け取りください。

	受取スキー場名	小 出	薬 師	須 原	奥只見丸山	
①	小学生料金	<input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通28,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通29,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通31,500円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 21,000円	<input type="checkbox"/> 小出共通28,500円 <input type="checkbox"/> 薬師共通29,500円 <input type="checkbox"/> 須原共通31,500円
	中学生料金	<input type="checkbox"/> 14,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通37,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 15,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通38,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 16,000円 <input type="checkbox"/> 奥只見丸山共通40,000円 <input type="checkbox"/> 小出薬師須原共通27,000円	<input type="checkbox"/> 29,000円	<input type="checkbox"/> 小出共通37,000円 <input type="checkbox"/> 薬師共通38,000円 <input type="checkbox"/> 須原共通40,000円
②	(ふりがな) 氏 名	(うおぬま たろう) 魚沼 太郎		《交付申請額》 ※どちらかにチェック(☑)を入れてください。 シーズン券代の半額が10,000円未満になる場合は 計算式に金額を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> ①の金額 16,000円 × 1/2 = 8,000円 <input type="checkbox"/> 上 限 額 10,000円 (シーズン券代の半額が10,000円を超える場合)		
③	生年月日	平成 23年 12月 25日生 (12 才) 購入時現在				
④	住 所 電話番号	〒 946-0000 魚沼市 ○○1番地123 電話 (025-799-0000)		申請者は 児童・生徒 委任状		
⑤	学 校 名	魚沼西 小学校 6年 3組 中学校		補助金の請求及び受領の権限について、スキー場事業者を代理人に定め、その権限を委任します。		
⑥	保護者確認	上記の者が「魚沼市スキーリフトシーズン券2023」を申し込むことを確認いたします。 令和 6年 11月 30日 保護者氏名 魚沼 一郎 (魚沼印)		申請者氏名 魚沼 太郎 保護者氏名 魚沼 一郎 (魚沼印)		
	備 考					

【記入方法】

- ①購入したいスキー場の券種を☑をつけてください。
- ②シーズン券使用者の名前を記入ください。
- ③シーズン券使用者の生年月日及び購入時現在の年齢を記入してください。
- ④居住する住所を記入してください。
- ⑤学校名を記入してください。
- ⑥保護者の確認印をお願いします。

※ 注意

- ・シーズン券のご利用期間は各スキー場シーズン終了までとします。
- ・補助対象者の補助金交付申請は、1人につき1シーズン（2024年度）1回に限ります。
- ・共通シーズンリフト券を希望される場合は、申請書の「①スキー場」欄で☑をつけたスキー場から発券されますので、☑をつけたスキー場にてお受け取りください。

※スキー場記入欄

シーズン券引渡し日 兼自己負担金受領日	シーズン券写し添付