



夢の国で沢山の思い出を作ろう!!

★2020年
ディズニーツアー

こどもプラスツアー

第5回：4月26日(日)

第6回：5月10日(日)

第7回：5月17日(日)

行先：東京ディズニーランド又はシー
集合：現地集合(9:00)

※ 希望者多数のパークへご案内となります
※ 定員を超えた場合は抽選となる場合がございます

お申込期間

2020年1月6日(月)～3月15日(日)

参加費
無料!



こどもプラスツアーとは

千葉県内に住む病気・障がいなどを抱える子供とその家族を対象にした参加費無料のツアーです。

家族とボランティアと一緒にディズニーを楽しむツアーできょうだいみんなはボランティアと一緒に沢山のアトラクションをまわります。ツアーには医療従事者が同行致します。



ツアーの内容・募集要項
申込方法などの詳細は
ホームページをご覧ください
◀ 子供プラス未来ホームページ

【対象者】

病気や障がいのある子どもとその家族

以下の①～③の項目を全て満たす方

- ①千葉県内に在住・在学の方
 - ②18歳以下の子どもとその家族(未就学児もご参加頂けます)
 - ③子どもが以下のいずれかの手帳・受給者証の交付を受けている方
身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、
特定医療費(指定難病)受給者証、
特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証
- ※上記に該当しない方で参加を希望される方はお問合せ下さい

定員

12家族(各日4家族×3回)

参加費

無料(ご本人、そのご家族のパークチケット代など)
※一部の食費、現地でのお土産代などについてはご負担頂きます。

申込方法

申込書に必要事項をご記入の上、こどもプラスツアー事務局まで郵送、FAX、メールにてお申込下さい。
申込内容確認の為、申込受け付け後、担当者より1週間以内にご連絡致します。



一般社団法人 子供プラス未来
後援：(株)友愛メディカル

問合せ先：こどもプラスツアー事務局(ゆうあい未来薬局内)
<TEL>047-393-8810
<FAX>047-393-8816
<メール>info@kodomira.or.jp
<住所>〒271-0091 千葉県松戸市本町12-7 生井澤ビル1F

こどもらツアーの参加に関する誓約事項

1. ツアー中に対人傷害、対物傷害、自損が生じた場合、主催者と協力して解決にあたります。
2. ツアー中に万一、怪我をしたり疾病を発症した際は運営者・同行する医療スタッフの指示に従って行動する事を承諾します。
3. ツアー中に万一、怪我をしたり疾病を発症した場合でも、イベント運営・管理関係団体に対し、一切その責任や負担を問いません。
4. ツアーへの参加の結果、万一不利益（経済的損失に限られません）が生じた場合でも、一切その責任や負担を問いません。
5. 私は、天災、事故等により、ツアーの中止または変更が生じても異存がない事を承諾します。
6. ツアーの映像・写真などが新聞・テレビ・雑誌・インターネット・パンフレットなどに報道・掲載・利用されることを承諾します。
7. ツアーに参加するスタッフ・ボランティアへ氏名、障害区分番号・医療的ケアの必要性等の情報が提供される事を承諾します。
8. 保護者の同意を得た上で、ツアーに参加いたします。

以上の事項に同意し参加申し込みする事を誓約します。

◇参加申込書に保護者による参加同意の署名・捺印が必要となります（保護者の署名・捺印がない場合は申込を受理できません）。



2020年ディズニーツアー 参加申込書

申込締切:3月15日(日)

「こどもらツアー参加に関する誓約事項」に同意し、下記のとおり申し込みいたします。

申込日: 年 月 日

◆ご希望のパーク

A:東京ディズニーランド B:東京ディズニーシー どちらでも良い

◆参加希望日(第1希望～第3希望まで、□内に①～③をご記載下さい)

4月26日(日) 5月10日(日) 5月17日(日)

◆これまでディズニーランド又はシーへ行った事がありますか？

ある ない その他()

フリガナ 氏名			性別	男・女	生年月日 年齢	西暦	年	月	日
現住所 連絡先	〒				TEL		—	—	
					FAX		—	—	
メールアドレス									
医療的ケアの必要性	在宅酸素療法(HOT)を行っている はい / いいえ 痰の吸引が必要である はい / いいえ								
移動について	車椅子・ベビーカー・バギーなどの利用 あり / なし								
医師同行の希望	<input type="checkbox"/> 医師の同行を希望する <input type="checkbox"/> 医師の同行を希望しない <input type="checkbox"/> 今後検討したい								
主治医について	主治医の所属する施設名: 主治医の名前: ※申込後にご本人・ご家族とお話しさせて頂いた後に、必要に応じて主治医にツアーのご相談をさせていただきます。								

※以下の項目については該当する部分のみ、可能な範囲でご記載下さい。

難病について	千葉県が難病療養者に対して発行する以下のいずれかを交付されている はい / いいえ 特定医療費(指定難病)受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証 疾患名:								
身体障害手帳	発行地	発行番号	種/級	障害名(身体障害者手帳記載のとおり全文)					
		第 号	種 級						
	障害の原因となっている傷病名等 (脳性麻痺、脳出血、二分脊椎、頸髄●番損傷など具体的に)								
知的障害手帳	有:手帳交付申請中の方を含む/(度) ・ 未取得/(診断名:)								
精神障害手帳	有 / 障害等級() ・ 未取得								
重複障害	なし ・ 肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 ・ 内部 ・ 知的 ・ 精神								

保護者による参加同意
私は参加申込に際し保護者として誓約事項の内容に同意します 【未成年者保護者氏名】
Ⓜ

備考 その他特記事項がある場合はご記入ください。



申込先(子供プラス未来 こどもらツアー申込係)

郵送:〒271-0091 松戸市本町12-7生井澤ビル1階

(一社)子供プラス未来 こどもらツアー申込係

FAX:047-393-8816 メール:info@kodomira.or.jp

(電話問合せ先:047-393-8810)

※申込受付後、電話・またはメールにて申込内容の確認をさせていただきます