

令和5年度 第69回身体障害者温泉療養実施要領

1 目的

この事業は、埼玉県内の障害者の方が温泉療養を通して、公共の交通機関を利用することにより、社会参加の促進や肢体機能訓練と共に温泉や温泉地でのレクリエーションを行い、自立生活の促進と残存機能の増進及び心身の健康を保つことを目的に行う。

2 主催 社会福祉法人 埼玉県身体障害者福祉協会

3 後援 埼玉県

4 実施期間

令和5年6月19日(月)～20日(火)

5 実施場所・受付時間

伊豆潮風館

静岡県伊東市富戸先原1317-89

0557-51-1504 受付 午後3時

(お部屋へのご案内は、午後3時以降になります)

☆ 旅行傷害保険は、参加者全員埼玉協で一括加入します。

☆ 看護師が同行致します。

6 参加者負担金 1泊
*身体障害者福祉会会員(現地集合・解散) 9,000円

*身体障害者福祉会会員(バス利用の場合) 14,000円
(バス高速代・昼食2回・運転手宿泊代・食事代を含む)

7 募集定員数 約60名 (定員になり次第締め切ります。)

8 申込方法

(1) 別添—1参加申込書を記入のうえ、埼玉協事務局へ

5月31日(水)までにお申し込み下さい。

・地域等の参加者は、備考に地域名を記入ください。

参加者負担金は5月31日(水)迄に下記銀行宛にお振込み願います。

【振込先】 埼玉りそな銀行 北浦和西口支店 普通預金
口座番号 0844306

しゃかいふくしほうじんさいたまけんしんたいしょうがいしゃふくしきょうかい
社会福祉法人埼玉県身体障害者福祉協会

かいちょう たねむらともふみ
会長 種村 朋文

* 振込む場合は、必ず市町村名を入れて下さい。

注) 6月10日以降のキャンセルについては、キャンセル料がかかる場合がありますのでご了承ください。
なお、当日(連絡なしの場合)の場合は100%かかります。

8 参加者が携行するもの

☆ 身体障害者手帳、健康保険証、服用されている方はお薬手帳

9 注意事項

- (1) 病気等で入浴が好ましく無い方はご遠慮願います。
- (2) 他人に(お酒等)で迷惑をかける方についての参加もご遠慮ください。
- (3) 宿泊設備の関係上、介助の必要な方は介助者の付き添いをお願いします。
- (4) 実施目的に反しないようご配慮願います。
- (5) 食物アレルギーのある方は、事前に申し出て下さい。

※ この事業は、赤い羽根共同募金の助成を受けています。

【申込先】

社会福祉法人 埼玉県身体障害者福祉協会
〒330-0074 さいたま市浦和区北浦和5-6-5
TEL 048-822-2768・6554
FAX 048-831-6442



送迎バスについて

*バスの送迎場所については申し込み希望人数により変更になることがあります。

送迎時刻については後日改めてご連絡させていただきますが、今のところの予定は

行き: ① 春日部 大沼公園 8:30集合 9:00出発⇒交流センター10:00集合 10:30出発

行き: ② 深谷 ビックタートル 8:00集合 8:30出発⇒日高 高麗の郷9:30集合

帰り: 潮風館 10:30出発⇒(昼食・休憩)各送迎場所

* 各コース途中で休憩、昼食を取りますが場所はバス会社と検討中です。

* バス利用希望の方で送迎場所に自家用車を駐車利用をされる方は、
車種、車のナンバーを別途お知らせください

* 各コースともバス定員は30名です

バス利用

第69回温泉療養参加申込書

利用するコースを選択してください

深谷(ビクタートル) — 日高(高麗の郷)コース
春日部(大沼公園) — 交流センターコース

団体名:

代表者:

電話番号:

FAX:

No.	利用者氏名	性別	年齢	手帳	等級	いずれかに○をしてください	埼玉県
1		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
2		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
3		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
4		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
5		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
6		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
7		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
8		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
9		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	
10		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所:					生年月日:	

自家用車・電車利用

第69回温泉療養参加申込書

団体名:		
代表者:	電話番号:	FAX:

No.	利用者氏名	性別	年齢	手帳	等級	いずれかに○をしてください	埼玉県
1		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
2		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
3		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
4		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
5		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
6		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
7		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
8		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
9		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	
10		男・女	歳	有・無		身障(視・聴・他)・療育・ 精神・難病・特疾・要介護	内・外
	住所					生年月日:	