

福祉バス利用承認申請書

平成 年 月 日

(あて先)社会福祉法人宇都宮市社会福祉協議会長

団体名

申請者 住所 〒

代表者名 (印)

宇都宮市障がい者福祉バスを下記のとおり利用したく、宇都宮市障害者福祉バス運行事業実施要綱第7条第3項に基づき、申請します。

| | | | |
|------------|--|---|-----|
| 利用年月日 | 平成 年 月 日 曜日 ~ 平成 年 月 日 曜日 | | |
| 利用目的 | | | |
| 添乗責任者名 | | | |
| 利用(乗車)人員 | 人 | | |
| | 【内訳】 | 障がい者 人 介護者・その他 人 ※障がい者のうち、車いす使用者 人 (固定 人 移乗 人) | |
| 目的地 | 名称 | | |
| | 住所 | 連絡先 | |
| 総走行距離数 | 約 | km | |
| 集合場所及び出発時間 | 場所 | | 時 分 |
| 集合場所の略図 | | | |
| 帰着場所及び時間 | 場所 | | 時 分 |
| 雨天時の変更 | 有り (変更・中止) 無し | | |
| | ※変更有の場合は、変更後の行程表を別に作成してください。 | | |
| 利用者の費用負担 | 有り 無し | | |
| | ※有りの場合 宿泊する場合の運転手の宿泊場所 () 有料道路 () 有料駐車場 () | | |
| 申請者 | 氏名 | 連絡先 | |
| 当日の緊急連絡先 | 氏名 | 携帯電話番号 | |

※行程表を添付してください。

※目的地等の参考資料(パンフレット等)がある場合は、添付してください。

※交通安全上、集合場所以外での個人の乗降はできませんので、予めご了承ください。

| 事務処理欄 | | | |
|-------|--|--|-----------|
| 決裁 | | | 受付年月日 . . |
| | | | 決裁年月日 . . |
| | | | 承認通知 . . |
| | | | 発送年月日 第 号 |