

## 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	次長	課長	係	受付年月日	. .
				決裁年月日	. .
				承認通知	. .
				発送年月日	第 号

