

障がい者福祉バス 利用者名簿

■ご利用年月日
 年 月 日

団体名					うち、障がい者 ^{*1}	計	名
番号	氏名	障がい者 ^{*1}		緊急連絡先 (TEL番号)	備考 ^{*2}		
		①身体、療育、精神の手帳所持者	②名簿2p下欄の対象に該当される方		車内	(他事項)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

番号	氏名	障がい者*1		緊急連絡先 (TEL番号)	備考*2	
		①身体、療育、精神の手帳所持者	②名簿2p下欄の対象に該当される方		車イス	(他事項)
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						

*1：障がい者に該当される方は、「○印」と、「障がい者人数の合計」を、ご記入願います。

◆障がい者「②」の対象条件・・・

「障害福祉サービス受給者証」、「障害年金受給証明書 又は 通知書」、「**特定医療費（指定難病）受給者証**」、「自立支援医療受給者証」、「特別児童扶養手当証書」、「特別支援学校の学生手帳」、「医師の診断書 但し、高次脳機能障害・発達障害・障害者総合支援法の対象疾病（難病等）に限る」のいずれかを提示した者

*2：車イスをご利用の方は、備考欄の該当項目に○を、ご記入願います。

参考：バス座席数内訳

固定座席 29名＋補助席 2名

(車イス席以外 = 31名)

＋ ☆車イス席 6名 = **合計 37名**