様式1（2017/11/17より適用）

# 障がい者福祉バス 利用申込書

年　　月　　日

かがわ総合リハビリテーション 福祉センター長　宛

・団体名：

・代表者氏名：　　㊞

・住所（香川県内の団体に限定）　〒　　－

・電話番号：　　－　　－

下記により、障がい者福祉バスを利用したいので、申し込みます。

記

*□の部分は、どちらかに☑をして下さい

| | |
|---|---|
| 利用目的 | |
| 利用日 | □ 日帰り：　年　月　日（　） |
| | □ 1泊2日：　年　月　日（　）～　月　日（　） |
| | ◆泊利用時、運転手の宿泊が必要な場合 ○ をご記入ください→　注）宿泊手配・支払等をお願いします |
| 乗降場所と運行時間 | ☞ 福祉センターからの乗降・発着時間：　8：30～17：00 の厳守をお願いします |
| | □ 福祉センターにて乗降・発着 |
| | ・乗車時間：　時　分　～　・着時間：　時　分 |
| | □ センターからの乗降無し →乗車場所【　　】 |
| | ＊指定所からの乗車時間：　時　分　～　＊着時間：　時　分（指定所着） |
| | 注）指定の降車場所～ｾﾝﾀｰ帰着までの燃料代も含めた全行程分の燃料代（現金）を、運転手に預けて下さい |
| 利用者数 | 計　　名（内訳）障がい者　　名 / その他　　名 |
| | うち、車いす専用席利用　　名 ←車いす固定の事前準備の関係で、記入願います（最大6席） |
| 引率責任者 | 氏名 / 緊急時連絡先　－　－ |
| 行　程 | |

※必要に応じて別紙に地図等を添付して下さい

注1）福祉ｾﾝﾀｰからの乗降が無く、指定場所発着となる場合も、「福祉ｾﾝﾀｰ発8:30、着17:00」を基準にした運行時間を厳守願います。（例:ｾﾝﾀｰから指定所迄の所要時間が1時間かかる場合、指定所の乗車は、9:30以降となります）

注2）本件は、ご利用月の前月20日迄に、原本を、福祉センター宛てご送付ください。

注3）利用承認後に、車両の故障、災害など運行に支障をきたした場合や、障がい者数要件に満たなくなった場合には利用当日でも、承認を取り消すことがありますので、予めご了承願います。

注4）氏名を自署で行う場合、押印を省略（㊞欄は、署名でも可）できます。