

# 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：

⑩

・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	<input type="checkbox"/> 日帰り： 年 月 日 ( )		
	<input type="checkbox"/> 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) 宿泊の手配・支払等をお願いします
乗降場所 と 運行時間	<input checked="" type="checkbox"/> <b>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</b>		
	<input type="checkbox"/> 福祉センターにて乗降・発着	・乗車時間： 時 分 ~	・着時間： 時 分
	<input type="checkbox"/> 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	引率責任者 氏名
		その他 _____ 名	
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(⑩欄は、署名でも可)できます。