

障害者福祉バス 利用申込書

令和 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、障害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 : 令和 年 月 日 () <input type="checkbox"/> 1 泊 2 日 : 令和 年 月 日 () ~ 月 日 () <input checked="" type="checkbox"/> 泊利用時、運転手の宿泊が必要な場合 ○ をご記入ください → *宿泊手配・支払等をお願いします
乗降場所と運行時間	<small>注意</small> 運行時間は 福祉センター発着8:30~17:00 厳守でお願いします *福祉センターからの乗降がない場合も、福祉センター発着8:30~17:00を基準とした運行時間を厳守願います。 <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"/> 福祉センターからの乗降無し → 乗降場所 【 】 ・指定所からの乗車時間: 時 分 ~ ・着時間: 時 分(指定所着) *福祉センターを発着とし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) <ul style="list-style-type: none"> 障害者 ____ 名 車イス使用者 ____ 名 (うち車イス席利用者 ____ 名) その他 ____ 名 <small>*車イス固定の事前準備の関係で、ご記入願います</small>
引率責任者	氏名: _____ 連絡先: _____
行程	

*必要に応じて別紙に地図等を添付してください

*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、障害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。

提出締切:利用月の前月20日迄(福祉センター事務所提出)