

# 障害者福祉バス 利用者名簿

様式32

■ご利用年月日

令和        年        月        日 (        )

団体名					計:        名	(うち障害者:        名)
番号	氏 名	該当箇所に○をつけてください			緊急連絡先 (利用者以外のTEL,FAX番号) *事故時等の連絡用です	備考
		障害者 手帳をお持ちの方	手帳以外の書 類をお持ちの方 *2ページ参照	車イス		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

番号	氏名	該当箇所に○をつけてください			緊急連絡先 (利用者以外のTEL,FAX番号) *事故時等の連絡用です	備考
		障害者		車イス		
		障害者手帳を お持ちの方	手帳以外の書 類をお持ちの 方 *2ページ参照			
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						

\*手帳以外の書類とは以下の通りです

- 「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」

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**