

## 障害者福祉バス 利用者名簿

■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	障害のあることが分かる書類(いずれか一つ)			車イス	備考	
		障害者手帳	手帳以外の書類 *2ページ参照	福祉センター 利用カード 発行番号※有効番号 2029/3/31			
		該当箇所に○と窓口提示		番号を記入してください			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

番号	氏名	障害のあることが分かる書類(いずれか一つ)			車イス	備考
		障害者手帳	手帳以外の書類 *2ページ参照	福祉センター 利用カード 発行番号※有効番号 2029/3/31		
		該当箇所に○と窓口提示		番号を記入してください		
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」
- 「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又は在籍証明」
- 「特定医療費(指定難病)受給者証」
- 「小児慢性特定疾病医療受給者証」
- 「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**