

(伺) 下記の申請について福祉リフトバス(ゆう2号)の利用を許可・不許可してよろしいか伺います。

事務局長	総務課長	福祉センター長	主査	所 員

福祉リフトバス(ゆう2号)利用申請書

※申込者は、太枠内をご記入願います。

申請日：平成 年 月 日

利用日		年 月 日 (曜日) ~ 年 月 日 (曜日)					
申込者 (団体名)	団体名	代表者名 ⑩				電話:	
	住所					FAX:	
利用責任者 (申込者)	氏名	⑩				E-mail:	
	住所					緊急連絡先	
利用者人員	肢体障がい(車椅子)	視覚障がい	聴覚障がい	その他障がい	介護者	その他(職員)	合計
	人(人)	人	人	人	人	人	人

経 路

1 日 目				2 日 目			
	場所名	到着時刻	出発時刻		場所名	到着時刻	出発時刻
①	出発地(車庫)	/	:	①	出発地	/	:
②	経由地 (乗車場所等)	:	:	②	経由地(等)	:	:
③	経由地(等)	:	:	③	経由地(等)	:	:
④	目的地	:	:	④	目的地	:	:
⑤	経由地(等)	:	:	⑤	経由地(等)	:	:
⑥	経由地(等)	:	:	⑥	経由地(等)	:	:
⑦	帰着地	:	/	⑦	経由地(等)	:	:
⑧	宿泊地	:	/	⑧	帰着地	:	/

備考欄

介護者氏名	
(車いすの全乗降時)	