

(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	参事	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)	福祉センター	/	:	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)	