

福祉バス利用承認申請書

令和 年 月 日

(あて先)宇都宮市障がい者福祉バス事業実施者

団体名

申請者 住所 〒

代表者名

宇都宮市障がい者福祉バスを下記のとおり利用したく、宇都宮市障害者福祉バス運行事業実施要綱第7条第3項に基づき、申請します。

| | | | |
|---------------------|---|-------------|-------|
| 利 用 年 月 日 | 令和 年 月 日 曜日 ~ 令和 年 月 日 曜日 | | |
| 利 用 目 的 | | | |
| 添 乗 責 任 者 名 | | | |
| 利 用 (乗車) 人 員 | 人 | | |
| | 市内居住者 人 市外居住者 人 | | |
| | 【内訳】 障がい者 人 介護者・その他 人 | | |
| | ※障がい者のうち、車いす使用者 人 (固定 人 移乗 人) | | |
| 目 的 地 | 名 称 | | |
| | 住 所 | | 連 絡 先 |
| 総 走 行 距 離 数 | 約 km | | |
| 集 合 場 所 及 び 出 発 時 間 | 場 所 | 時 分 | |
| 集 合 場 所 の 略 図 | ※集合場所への経路幅員、バスの転回が可能か等確認すること。 また、許可が必要な場合は利用者にて行うこと。 | | |
| 帰 着 場 所 及 び 時 間 | 場 所 | 時 分 | |
| 雨 天 時 の 変 更 | 有り (変 更 ・ 中 止) 無し | | |
| | ※変更有の場合は、変更後の行程表を別に作成してください。 | | |
| 利 用 者 の 費 用 負 担 | 有り 無し | | |
| | ※有りの場合(使用する車両の大きさ、台数により、下記の料金が変わります。) | | |
| | 宿泊する場合の運転手の宿泊場所 () | | |
| | 有料道路 () | | |
| | 有料駐車場 () | | |
| 申 請 者 | 氏 名 | 連 絡 先 | |
| 当 日 の 緊 急 連 絡 先 | 氏 名 | 携 帯 電 話 番 号 | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 利用上の注意 (右記チェック欄(□)に『✓』を入れてください。) | <input type="checkbox"/> 「利用上の注意」を確認しました。 |
|-------------------------------------|---|

※行程表を添付してください。
 ※目的地等の参考資料(パンフレット等)がある場合は、添付してください。

| 事務処理欄 | | | |
|---------|---------|-------|---------------|
| 承認通知発送者 | 事務処理担当者 | 受付担当者 | 受付年月日 |
| | | | 処理年月日 |
| | | | 承認通知 発送年月日 |
| | | | 第 号 |