

リフト付福祉バス利用申込書

年	月	日
---	---	---

神戸市重度心身障害児(者)父母の会会長 様

【利用申込者】

利用団体名		
代表者	住 所	〒
	氏 名	⑩
	電 話	

リフト付福祉バスを利用したいので、下記のとおり申し込みます。

	受付番号	
利用年月日	年	月
	日 (曜日)	
出 発	時 分	帰 着
	時 分	
利用の目的		
行 先		
乗 車 人 数	人	
搭乗責任者氏名		

- (注意) 1. 利用申込書は予約後2週間以内に提出して下さい。
 2. 太枠内のみ記入してください。
 3. 運行行程表と乗車人名簿は利用予定日の2週間前までに提出して下さい。

リフト付福祉バス利用承認書

年 月 日

様

神戸市重度心身障害児(者)父母の会会長

下記のとおりリフト付福祉バスの利用を承認します。

	受付番号	
利用年月日	年 月 日 (曜日)	
出 発	時 分 帰 着	時 分
利用の目的		
行 先		
乗車人数	人	
搭乗責任者氏名		

※.太枠内に記入してください。

運 行 行 程 表

利 用 団 体 名			
利 用 日	年	月	日(曜日)
目 的 地			
走 行 距 離	Km	走行時間	h
同 乗 責 任 者 の 携 帯 電 話 番 号			

総合福祉センター		時		分		分		発
↓								
配車場所	配車時間	時		分	着			分
↓		時		分	着			分
		時		分	着			分
↓		時		分	着			分
		時		分	着			分
↓		時		分	着			分
		時		分	着			分
↓		時		分	着			分
		時		分	着			分
↓		時		分	着			分
		時		分	着			分
↓		時		分	着			分
総合福祉センター		時		分	着			分

【注】 ご利用時間は、福祉センター発9：00～福祉センター着17：00です。
 時間には十分余裕をとり、決して無理な計画をしないでください。