

## 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.利用申込書は利用希望日の属する月の前月20日までに提出してください。

2.太枠内のみ記入してください。

3.運行行程表(様式③)及び乗車人名簿(様式④)を添付してください。

## 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									
↓									
配車場所									
↓									
↓									
↓									
↓									
↓									
↓									
総合福祉センター									

【注】 ご利用時間は、福祉センター発 9 : 0 0 ~福祉センター着 1 7 : 0 0 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。