【様式①】

# 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 | ㊞ |
| 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。

【様式②】

# 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。