

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									
↓									
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9：00～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。