

供 覧	事務局長	事務局次長	総務課長	地域福祉 課 長	在宅福祉 課 長	係

別記様式（第5条1項関係）

福 祉 バ ス 利 用 申 請 書

申請日 令和 年 月 日

長門市社会福祉協議会会長 様

申請者 団体名 _____
〒 _____
代表者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

下記のとおり福祉バス（はまゆう）の利用について、承認をお願いします。

記

利用希望日時	令和 年 月 日 ()		時 分 から 時 分 まで	
参加・開催 する行事等	名 称		団体の種類	高齢者団体 障害者団体 その他 ()
	目 的			
	行き先			
	内 容	※ 別紙の行程表を添付		
乗車人員	人	車イス使用者 (有 ・ 無) 有の場合… (持ち込み ・ 社協から借用)		
		シルバーカー使用者 (有 ・ 無) 有の場合… (持ち込み ・ 社協から借用)		
そ の 他 特記事項				

<申込み時チェック欄>

利用申請書の提出は、運行日の3週間前までにお願いします。(FAX可)

※期限内に提出されない場合はキャンセル扱いとなります。

確認後、無理な運行計画が提出された場合は、変更をお願いすることがあります。

受付番号	-
受付担当者	