

(様式1)

事務局長	事務局次長	総務課長	総務係長	担当	技師

受付印

福祉バス（マイクロバス）使用申請書

令和 年 月 日

西都市社会福祉協議会 会長 様

下記のとおり、福祉バス（マイクロ）の使用を申請します。

使用申請者	住所	〒 881 -	
	団体名	電話：	
	代表者	④	
	当日責任者		
使用日時	令和 年 月 日 (曜日)		
	時 分 ~ 時 分		
使用目的 及び 行き先	(目的)		
	(行先)		
乗員数	名		
経路	(行き)		
	(帰り)		

以下事務局記入欄

バス配車場所		出発時刻	時 分 (社協出発)
運行担当者		到着時刻	時 分 (社協到着)

■福祉バス使用にあたっての許可条件

- 1 安全運転遂行上、車内では運転手の指示に従ってください。
また、次の各号に定める行為があつた場合、運行の如何を問わず使用許可を取り消します。
 - (1) 車内での飲酒・喫煙行為
 - (2) 故意による車内での汚損・破損行為
 - (3) 車内での暴力行為
 - (4) 走行中における車内での移動行為
 - (5) 許可を受けた目的外の使用
 - (6) 許可を受けた目的外への行先変更
※行程の変更は4日前までに届出てください
 - (7) 第三者への転貸
- 2 走行中はシートベルト着用（補助席を除く）をお願いします。
- 3 駐車場は、貴団体に確保してください。
- 4 使用者が持ち込んだゴミは、全て持ち帰ってください。

■注意事項

- 1 使用者の都合において、運行を取り止める場合は、その旨をお申し出ください。
- 2 福祉バス運行にかかる諸経費は、使用者負担となりますのでご了承ください。
 - (1) 有料道路代（高速自動車道・一般有料道路）
 - (2) 駐車場代（駐車場の確保は、使用者の方でお願いします。）
 - (3) 乗船代（福祉バスを乗船させる場合）
 - (4) 燃料費（満タン貸しの満タン返却です。）
※運転手の謝金及び昼食は、必要ありません。