

熊本市障がい者福祉センター希望荘  
**福祉バス使用許可申請書**

住所：熊本市中央区大江5丁目1-15  
 TEL：096-371-5533  
 FAX：096-364-5309

社会福祉法人  
 熊本市社会福祉事業団 理事長様

次のとおり、熊本市福祉バスを使用したいので申請します。  
 なお、使用に際しましては、熊本市障害者福祉センター希望荘条例、同条例施行規則及び、別紙「福祉バス利用規則」を遵守することに同意します。  ←チェックを入れる

申請日	西暦 年 月 日	申請者名		
担当者名		連絡先	TEL	
			FAX メールアドレス	
団体名				
住所	熊本市 区			
代表者名		連絡先	TEL	
			FAX メールアドレス	

使用目的				
使用日時	西暦 年 月 日 ( ) 曜日			
	時 分 ~ 時 分			
使用人数	車椅子 名	電動車椅子 名	その他 名	合計 名
目的地				

この申請書を提出した時点で「予約」となります。

行程表、利用者名簿は運行予定日の前月20日までに提出してください。

書類に不備等がある場合、バスを貸し出せないことがあります。

※詳細は別紙「福祉バス利用規則」をご確認ください。

太枠内は、記入しないでください。

館長	副館長	係

受付年月日	年 月 日
申請番号	第 号
許可年月日	年 月 日
許可番号	第 号