

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

休館や利用休止等の緊急連絡はLINE・メール情報局で配信いたします。 ↓チェック
 担当者の方はご登録ください。 登録済

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 (17時まで)		
使用人数 (乗車定員数)	車椅子 名	} (合わせて2名以下) その他 名	合計 名
	電動車椅子 名		(10名以上14名以下)
次ページの「希望荘 福祉バス座席図」に沿ってご利用ください。			
目的地			

参加者に事前の体温測定とマスク着用を周知徹底し、別紙の新型コロナウイルス感染症防止対策のための利用条件と利用制限(上記赤字部分)を遵守します。 ↓チェック

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

希望荘 福祉バス座席図

正座席①～⑫の1、2席、車いすA・Bの2席へご着席ください。
 ※その他の席(グレーの部分)は荷物置きにご利用ください。

特大車3号(全長約9m・全幅約2.4m・全高約3.1m・ナンバー色は白)
 ※リフトを展開する場合、全幅+3mが必要です

