

熊本市障害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・めーる情報局で配信いたします。 ↓チェック  
登録済   
担当者の方はご登録ください。

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 (18時まで)		
使用人数 (乗車定員数)	車椅子 名 電動車椅子 名	(合わせて2名以下) その他 名	合計 名 (10名以上14名以下)
目的地			

リスクレベルが2以上になった場合、運行を停止する場合がございます。そのため申請時の  
時間で利用ができない場合がございます。ご了承のうえ申請をお願いいたします。 ↓チェック

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