

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、熊本市障がい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

担当者の方に休館や利用休止等の緊急連絡をLINE・メールで配信します。 登録済 ↓チェック

申請日	西暦	年	月	日			
担当者名				連絡先	TEL		
					FAX		
					メールアドレス		

団体名						
団体住所	熊本市	区				
代表者名				連絡先	TEL	
					FAX	
					メールアドレス	

使用目的	<input type="checkbox"/> 会議	<input type="checkbox"/> 研修	<input type="checkbox"/> レクリエーション	(<input type="checkbox"/> その他)
使用日時	西暦 年 月 日 () 曜日					
	時 分 ~ 時 分					
使用人数 (乗車 定員数)	車椅子	名	} (合わせて3名以下)	その他	名	合計
	電動車椅子	名				名
※裏面の「座席図」を必ずご確認ください						
目的地						

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

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)

正座席24席 車いす3席 補助席(シートベルト無)5席

※リフトを展開する場合、全幅+3mが必要です
 ※高速道路を使用する際や障がい者及び児童の方の補助席利用はできません

