

決 裁		受 付		許可日	年 月 日
--------	--	--------	--	-----	-------

福 社 バ ス 利 用 許 可 申 請 書

年 月 日

時津町総合福祉センター指定管理者 様

申請者 団体名

代表者 住 所

氏 名 印

電話番号 — —

福祉バスを利用したいので、次のとおり申請します。

利用年月日	年 月 日（ 曜日）
	<small>※月・水・金曜日（祝祭日は除く。）、8月14日から16日及び12月28日から翌年1月4日までは利用出来ません。</small>
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
	<small>※原則として午前9時から午後5時までです。</small>
利用目的	<small>※目的地での活動内容等について具体的に記入してください。</small>
目的地	
集合(出発)場所	<small>※福祉バスを停車し、通行の妨げとならない場所とします。</small>
利用人員	名（別紙福祉バス利用者名簿のとおり） <small>※最大28名までです。</small>
行程表	<small>※記入欄が不足する場合は、別紙でもかまいません。</small>
添乗責任者	氏名： 電話番号： — —
介護者	氏名： 電話番号： — —

指定管理者処理欄

(1) 審査結果 : 許 可 ・ 不 許 可

(2) シルバー人材センターへの連絡 : 年 月 日 (対応者:)

(3) シルバー人材センターからの回答 : 年 月 日 (対応者:)

(4) 不許可・取り消しの場合の連絡 : 年 月 日 (対応者: →受け者:)

年 月 日

上記のとおり、次の条件を付して福祉バスの利用を許可します。

時津町総合福祉センター指定管理者 印

利 用 条 件

- (1) 福祉バスの利用を取り消そうとするときは、速やかに報告してください。
- (2) 利用人員に変更があったときは、速やかに報告してください。
- (3) 運行経路の変更は、原則として認められません。
- (4) 運転手の人件費、燃料費など福祉バスの運行に要する経費は、利用者が負担してください。
- (5) 災害等が予測され福祉バスの運行に支障があると認める場合は、バスの運行を中止してください。
- (6) 利用後は、車内の清掃等を行い、ゴミは持ち帰ってください。
- (7) 利用後は、速やかに福祉バス利用報告書を提出してください。

様式第2号（第6条関係）

福祉バス利用者名簿

団体名： _____

代表者： _____

番号	氏名	住所	番号	氏名	住所
1			15		
2			16		
3			17		
4			18		
5			19		
6			20		
7			21		
8			22		
9			23		
10			24		
11			25		
12			26		
13			27		
14			28		

様式第3号（第5条関係）

福 祉 バ ス 利 用 報 告 書

令和 年 月 日

時津町総合福祉センター指定管理者 様

申請者 団体名

代表者 住 所

氏 名 印

電話番号 ー ー

福祉バスを利用しましたので、下記のとおり報告します。

記

利用年月日	令和 年 月 日（ 曜日）
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
利用目的	
利用の実績	
利用人員	名