

福祉バス利用申請書

令和 年 月 日

(あて先)
枚方市長

申請者(責任者) 印

住所

氏名

電話番号 () () ()

携帯電話 () () ()

福祉バスの利用について下記のとおり申請します。

記

団体名					
利用日	令和 年 月 日 (金・日)				
目的					
乗車予定人数	人	内車イスによる乗車 人 (内訳、固定 人、電動 人、折りたたみ 人) *車イスの乗車台数に制限があります。詳細は利用案内裏面をご覧ください。			
担当者	氏名	①	②		
	連絡先	自宅 携帯	自宅 携帯		
行程 (予定)	出発時間		乗車場所		
	目的地		到着時間		
			出発時間		
	帰着時間		走行距離	往復 約	km
	大きな荷物等	例)シルバーカー○○台の積み込みが必要			
雨天時の取扱い	決 行 ・ 中 止				

※記入はここまで

《市・事務処理欄》

☐ ①市から補助金又は負担金等を受けている作業所等の障害者団体 ☐ ②枚方市福祉団体連絡会 ☐ ③枚方市地域共同作業所連絡会 ☐ ④枚方市福祉団体連絡会加盟団体 ☐ ⑤ラポールひらかた福祉ルーム利用登録団体のうち障害者団体 ☐ ⑥市から補助金を受けている老人クラブ ☐ ⑦校区福祉委員会 ☐ ⑧ラポールひらかた福祉ルーム利用登録団体のうちボランティア団体	確認印 ☐ 障害支援課 ☐ 健康福祉政策課 ☐ 社会福祉協議会 ☐ ラポールひらかた 担当者印
--	--

福祉バスの上記申請書(令和 年 月 日利用分)について受け付けました。

受理時間 時 分

福祉バス利用にあたっての車イスの乗車台数

車イス固定1台の場合、折りたたみ5台 まで(合計6台まで)

車イスを固定しない場合は、折りたたみ7台まで

※車イスの寸法により、積み込みできる台数が変わることがあります。

※車イスを固定する場合は、固定用のベルトを別途ご用意ください。

＜ 電動車イスは折りたたみが出来ないので固定1台分とします。＞

*シニアカーについては乗車することはできません。