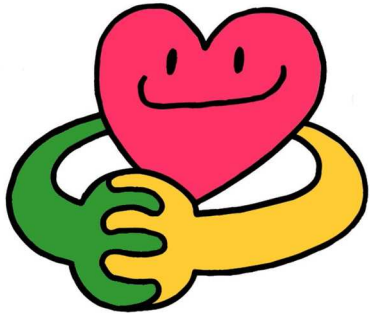


福祉バスのご利用について



福祉バスは小地域福祉活動
福祉団体等が行う福祉活動
を支援しています。

福祉バスの運行経費は福祉会員会費で支えられています。皆様のご理解とご協力により運行できる福祉バスです。福祉会員加入のご協力をお願いします。
その他、福祉会員会費は、高齢者のふれあいいいききサロン・子育てサロン・地域支え合いネットワークづくり等、様々な福祉活動に活用されています。

福祉バス利用申請については、
申請書及び誓約書の注意事項、誓約事項をご確認下さい。

福祉会員会費

- 一般会員 1,200円
- 賛助会員 10,000円
- 特別会員 30,000円

社会福祉協議会、老人福祉センターナギの木苑の窓口で受付しています。

問い合わせ

春日市社会福祉協議会

電話 581-7225 FAX 581-7258



福祉バス使用許可申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 春日市社会福祉協議会 会長 様

申請団体名

代表者氏名..... 印

このことについて、福祉バス利用要綱第2条の規定により、下記のとおり、福祉バスを使用したいので申請します。

記

1. 研修名・福祉活動名	
2. 使用目的	
3. 使用団体名 責任者名	<input type="checkbox"/> 申請団体・代表者と同じ（連絡先はご記入下さい。） 連絡先（固定・携帯） — —
4. 担当者名 運行内容が分かる方	連絡先（固定・携帯） — — ※目的地への道順を明確に案内ができる方 （ 有 ・ 無 ）
5. 使用年月日	令和 年 月 日 （ ） （出発時間 時 分 帰着時間 時 分）
6. 目的地	行 先 住 所 ※施設名等を記入 電話番号 — — ※目的地及び付近の地図又はパンフレット等を必ず添付して下さい。
7. 乗車人員	人 ※定員 28人 （正座席 22 補助座席 6） ※乗車名簿を添付して下さい。

8. 行程表

行程 (詳細に記入のこと) ※ 行程時間の変更等は、早めにご連絡ください。					
8:30	9:00	10:00	11:00	12:00	
13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	

(1) 有料道路利用 (有・無)

※利用する場合は、インターチェンジを記入して下さい。

往路 (ICから IC)

復路 (ICから IC)

(2) 雨天による行程変更 (有・無)

※有りの場合は変更する行程を記載又は添付して下さい。

(3) 同行車両 (有・無) 有の場合 ()

9. その他注意事項

(1) この申請書は、使用日の2ヶ月前から10日前までに事業総務課担当へ提出して下さい。

(2) 乗車人の定員は28人です。(12歳未満の方についても1名とみなします。)

(3) 有料道路料金、駐車場料金等は利用者負担となります。

(4) 運転手は、付添い介護業務等はいたしかねますのでご了承下さい。

(5) 運行後、利用報告書のご記入をお願いしています。

上記の申請について、福祉バス運営実施要綱第2条に基づき許可してよろしいかお伺いします。

運 転 手		会長	局長	課長	係長	担当		回 覧
	決 裁							

福祉バス使用に関する誓約書

令和 年 月 日

社会福祉法人 春日市社会福祉協議会 会長 様

申請団体名

代表者氏名

印

(利用日 令和 年 月 日)

福祉バス利用に際して、下記のことについて誓約します。

記

1. 運行中は運転手の指示に従い、安全運行に努めます。
2. 天候、災害、バスの故障等、その他やむを得ない事由により、福祉バスを運行することが困難であると認められるとき、又は本会が業務遂行上必要とする場合は、利用許可の取り消し又は変更に従います。
3. 福祉バスの利用者が故意にバスを破損又は汚損した場合は、弁償責任を負います。
4. 福祉バス利用中の事故により生じた損害賠償については、本会が加入している自動車損害賠償保険の範囲となります。(本会に過失がない場合は除く) また、利用者が本会の定める規定に違反し、負傷、死亡した場合は、利用者の責任となります。
5. 利用者の厳守事項
 - (1) 車内での飲酒・喫煙行為 (酒酔い状態での乗車)
 - (2) 車内での汚損行為 (ゴミはお持ち帰り下さい。)
 - (3) 車内での暴力行為
 - (4) 許可を受けた目的外使用
 - (5) 許可を受けた目的地外への行先の変更
 - (6) 第三者への転貸
6. 危険回避の為、やむを得ず急ブレーキ等を行うことがあるため、走行中の立ち上がり座席の移動等の危険な行為は行わないこと。
7. 平成20年6月1日から改正道路交通法が施行され、運行時は、シートベルトの着用が義務付けられました。座席にシートベルトがある方は、必ずシートベルトを着用すること。(療養上又は健康保持上適当でない場合、又は心身の状態により、ベルトを着用することができない場合等を除きます。)

別紙 1 - 1

福祉バス乗車名簿

	氏 名	住 所	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

別紙 1-2

福祉バス乗車名簿

	氏 名	住 所	電話番号
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

社協マイクロバス 乗車定員

定員

28名（運転手除）

1～17（リクライング あり）	・・・	17席	}	22席
18～21（リクライング なし）	・・・	4席		
22（リクライング なし）	・・・	1席		
23～28（補助席 シートベルトなし）	・・・	6席	合計	28席

