

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

申請者 団体名

住 所

代表者

印

連絡先

春日市社会福祉協議会福祉バス運営要綱の定めるところにより、下記のとおり申請します。

使用団体	<input type="checkbox"/> 申請者・代表者と同じ 団体名・代表者・連絡先(携帯)を記入してください。										
事業名称 ・ 使用目的											
使用日の責任者 連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者・代表者と同じ (行程内容がわかる方を記入してください。) 連絡先										
使 用 日	令 和	年	月	日	(曜日)					
使用時間	午前	・	午後	時	分	～	午前	・	午後	時	分
乗車人員	名 (定員 28名 正座席 22席 補助席 6席) 乗車人員の定員は28名です。(12歳未満の方についても1名とみなします。)										
行 先 主となる目的地	目的 地 住 所 電話番号							※その他、行程表に詳しく記入してください。			
添付種類	<input type="checkbox"/> 行程表 <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 乗車名簿 <input type="checkbox"/> 目的地・行程がわかる経路図・パンフレット他										
その他	1 申請書は、使用日の2ヶ月前から14日前までに事業福祉課へ提出してください。 2 有料道路料金、駐車場料金等は利用者負担となります。 3 行程は余裕をもって計画してください。行程に変更が生じた場合は3日前までに 変更内容を提出してください。なお、当日の行先変更はできません。 4 雨天時に行先が変更となる場合は、雨天時用の行程表を併せて提出してください。 5 運行終了後、利用報告書の提出をお願いします。										

事務所記入欄

決 裁	会 長	事務局長	課 長	係 長	係	回 覧	受付印
運転手				備 考			

福祉バス行程表

午前9時から午後4時30分の間で余裕を持って計画してください。

年 月 日()

到着・出発時刻		名称 及び 住所・電話番号等		目的	駐車場有無
出発地(発)				***	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
1	着	名 称 住 所 電話番号		<input type="checkbox"/> 休憩	<input type="checkbox"/> 予約済
	発			<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 有
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
2	着	名 称 住 所 電話番号		<input type="checkbox"/> 休憩	<input type="checkbox"/> 予約済
	発			<input type="checkbox"/> 見学・研修	<input type="checkbox"/> 無
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
3	着	名 称 住 所 電話番号		<input type="checkbox"/> 昼食	<input type="checkbox"/> 有
	発			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
4	着	名 称 住 所 電話番号		<input type="checkbox"/> 見学・研修	<input type="checkbox"/> 無
	発			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
5	着	名 称 住 所 電話番号		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無
	発			<input type="checkbox"/> 予約済	<input type="checkbox"/> 有
有料道路 (IC ~ IC)		休憩 <input type="checkbox"/> 有(SA・PA)		<input type="checkbox"/> 無	
到着地(着)		<input type="checkbox"/> 出発場所と同じ			
連絡事項					
雨天時の変更 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合 行程添付)			同行車両 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		

車両は、マイクロバス(長さ 7m 幅2.1m 高さ 2.6m) 高速道路の料金は中型になります。

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(ゴミは持ち帰り。)
 - (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。)

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			
18			

福祉バス乗車名簿

	氏名	住所	電話番号
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			