

松江市福祉バス利用申請書

松江市長 松浦正敬 様

住 所 \_\_\_\_\_  
 申 請 人 利用団体名 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

松江市福祉バスを利用したく、次のとおり申請します。

利 用 団 体 名	責任者氏名 _____ TEL _____ - _____		
事 業 名			
大会に参加する目的と効 果		利 用 料	無 料 有 料
利 用 車 輜	1. マイクロバス(20人乗りでほかに車椅子2名が乗車可能) 2. 大 型 バス(45人乗り) 定期車輜代替(可・否)		
日 時	平成 年 月 日 ( 曜 日 ) 午前 時 分 ~ 午後 時 分	利 用 人 員	人
		松江市交通局の 保 険 手 配	希望する 希望なし
集 合 場 所			
添 付 書 類	1. 行程表 2. 利用者名簿 (申請後変更が生じた場合はすみやかに介護保険課に連絡して下さい。) 3. 行程地図 4. その他		

責任者氏名欄は、同乗する方の中から選んで記入して下さい。

集合場所は、原則1ヶ所にして下さい。

事業名、大会に参加することの効果をお忘れずにご記入ください。

以下の欄には記入しないで下さい。

松江市交通局記入欄	松江市役所介護保険課記入欄							
利用団体負担金	起案日平成	年	月	日	決裁日平成	年	月	日
利用料 円	介護保険課長		係長		担当		公印	
時間延長料( H) 円								
保険手配料( 人) 円								
合計 円	本件について、別紙のとおり決定・通知してよろしいか。							
	/	申請書	/	行程表	/	名簿		

# 行 程 表

【利用日時】 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 曜日)【団体名】 \_\_\_\_\_

時間	発着場所及び行き先	内容
: 出発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 着		
: 発		
: 帰着		

利用日に立ち寄る場所をすべて記入して下さい。  
 当日の行程変更は行いませんのでご遠慮下さい。

## 利用者名簿

【利用日時】 月 日( 曜日) 【団体名】

NO	氏名	住所	年齢	TEL	備考
1		松江市		-	
2		松江市		-	
3		松江市		-	
4		松江市		-	
5		松江市		-	
6		松江市		-	
7		松江市		-	
8		松江市		-	
9		松江市		-	
10		松江市		-	
11		松江市		-	
12		松江市		-	
13		松江市		-	
14		松江市		-	
15		松江市		-	
16		松江市		-	
17		松江市		-	
18		松江市		-	
19		松江市		-	
20		松江市		-	
21		松江市		-	
22		松江市		-	

車椅子の方は、備考欄にその旨記入をお願いします。

利用者名簿について目的外の利用はいたしませんのでご記入お願いいたします。