

〔様式第1号〕（第6条関係）

受付	年 月 日			決裁	年 月 日		
会 長	常務理事	事務局長	担当部長	担当課長	担当主任	係	

福祉バス利用申請書			
			年 月 日
社会福祉法人益田市社会福祉協議会会長 様			
団 体 名 _____			
住 所 _____			
代表者名 _____ 印 _____			
電話番号 _____			
益田市社会福祉協議会福祉バス運行管理規程第6条により下記のとおり利用申請をします。			
利用目的 (行事名)		乗車 人数	名
利用日時 (出発～帰着)	年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 ※利用時間は出発午前9時(乗車場所)から当日の帰着午後5時(降車場所)		
乗車出発場所		差回し 時間	時 分
運行経路	運行範囲	市内 ・ 市外	※運行予定表等がある場合は添付
	(場所)		
	(時間)		
利用時の責任者		連絡先 電話番号	
(付記)			

◎益田市外へ運行した場合に要した燃料代（利用後の満タン補給）、有料道路料金及び駐車場料金については利用者において請求者に直接お支払下さい。

◎乗車できる人数は20名（運転手を除く）。他車いす2台乗車可能。