

福祉バス使用申請書

柳川市福祉事務所長 様		年 月 日	
		団体名 _____	
		代表者 _____	
		住 所 _____	
		連絡先 () _____	
柳川市福祉バス事業運営要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。 記			
期 日	年 月 日 ()		
目 的			
目 的 地			
出 発 場 所		出 発 時 間	
帰 着 場 所		帰 着 時 間	
使用責任者		乗車予定人員	人

【注意事項】

- ※1 申請書は、使用期日の20日前までに、行程表を添付の上、提出してください。
- ※2 運行時間は9：00～16：30、運行範囲は片道1時間30分以内の場所にてご協力ください。
- ※3 有料道路、駐車場の利用料の経費（車両燃料費を除く）は、各団体にて負担してください。
- ※4 最大乗車定員は、28名です。（運転手を除く）ただし、高速道路を利用する際の最大乗車定員は、20名です。（運転手を除く）
- ※5 施設等の予約は、各団体にて行ってください。