

様式第 1 号（第 5 条関係）

福祉バス使用申請書

柳川市福祉事務所長 様				年	月	日
				<u>団体名</u> _____		
				<u>代表者</u> _____		
				<u>住 所</u> _____		
				<u>連絡先</u> _____（ ）		
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 2 0 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 9：0 0～1 6：3 0、運行範囲は片道 1 時間 3 0 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、2 8 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、2 0 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。