（様式１）

年　　月　　日

福祉バス「愛の募金号」予約申込書

群馬県社会福祉協議会会長　　様

　福祉バス「愛の募金号」運行要領の内容を理解・承諾し、次のとおり福祉バスを予約したく申込します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団 　体 　名 |  |
| 利用年月日 | 平成 年　　月　　日（　　曜日）～　　　月　　　日（　　曜日） |
| 利用区分  （○で囲む） | １　障害者等福祉団体（移動困難者の福祉向上を図るために設立した団体）  ２　高齢者施設  ３　障害者施設  ４　福祉団体  ５　市町村社会福祉協議会（移動困難者の福祉向上を図るための事業）  ６　市町村社会福祉協議会（その他）  ７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連　絡　先 | 〒  TEL（　　　　）　　　－　　　　　FAX （　　　　）　　－  担当者： |
| 目的地  （○で囲む） | １　県　内 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２　県　外 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　計画中 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用目的  （○で囲む） | １　スポーツ及びレクリエーション  ２　各種大会参加  ３　機能回復訓練  ４　施設見学  ５　視察及び研修  ６　社会見学  ７　保養事業  ８　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予定乗車人員 | 移動困難な方　　　　　　　　　名  　移動に支障無い方 　　　　名  　合計　　 　　　　　　 　　　 名 |
| 特記事項 |  |

＊電話等での予約後、予約申込書を１４日以内に県社協に郵送またはＦＡＸして下さい。

＊予約確認後、予約受付結果はFAX・電話等で担当者にお知らせ致します。

＊事業内容に変更があった場合ご連絡下さい。また、福祉バス利用承認申請書は、早めに提出して下さい。

（予約申込書及び利用申請書が遅い場合、キャンセルさせて頂く事もあります）

※福祉バス利用予約を　　　受付しました　・　受付出来ませんでした

※燃料費負担　　　　 　　 負担あり　　　・　負担なし

（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（県社協用）

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| **福祉バス「愛の募金号」利用承認申請書**  年　　月　　日  　　社会福祉法人  　　群馬県社会福祉協議会長　殿    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　 所    代表者氏名 印  福祉バス「愛の募金号」運行要領の内容を理解・承諾し、福祉バスを下記のとおり利用したく申請します。 | | | | |
|  | | 年　　月　　日（　　曜日）～　　日（　　曜日） | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 利用（乗車）人員 | | 人（移動困難な方　　　　　　　人） | | |
|  | | 別紙のとおり | | |
| 出発場所及び時間 | | 場所 　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分 | | |
| 帰着場所及び時間 | | 場所 　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分 | | |
| 付    記    欄 | ※主な参加予定者をお書きください。  （例、○○協会の利用者、役員、ボランティア、職員　等）  ※「福祉バス利用承認通知書」の送付先が上記と異なる場合  〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名 | | | |
| ○申請に当たっては、次の内容を確認の上、□にレを記入してください。  □申請書に変更を生じた場合は、直ちに群馬県社会福祉協議会長に報告します。  □利用承認決定後、やむを得ない事情で運行不能になり、その結果損害等が生じても、群馬県社会福祉協議会長は一切の責任を負わないことを承諾します。 | | | | |

※様式２、３の下線部を全て記入し、提出してください。

　（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| **福祉バス「愛の募金号」利用承認通知書**    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　殿  　　　　　社会福祉法人群馬県社会福祉協議会長    年　　月　　日付申込みのあった福祉バスの利用を下記のとおり承認します。 | | | |
|  | 年　　月　　日（　 曜日）～　　日（　　曜日） | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 利用（乗車）人員 | 人　（移動困難な方　　　　　人） | | |
|  | 別紙のとおり | | |
| 出発場所及び時間 | 場所 　　　　　　　　　午前 ・ 午後　　　時　　　分 | | |
| 帰着場所及び時間 | 場所 　　　　　　　　　午前 ・ 午後　　　時　　　分 | | |
| 留 意 事 項  １．利用承認の経路は、変更しないでください。  ２．利用承認決定後、災害等やむを得ない事情で運行が不能となる場合もあり得ます。  その結果として損害等が生じた場合、責任を負いかねるものもありますので、予め  ご了承ください。 | | | |

別　　　紙

**行　先　及　び　経　路　明　細**

　　　　　　団体名

（申請者用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 内　　　　　　　　　　　　　　容 | | |
| 目　　　的　　　地  （住所・ＴＥＬ） |  | | |
| 集　合　場　所　略　図  　　　　及　び  　　 集　合　時　間 | 午前・午後　　時　　分 | | |
| 配　車　時　間 | 午前・午後    時　　分 | 同行車両  有　　無 | 有　・　無 |
| 経　　　　　　路  （立ち寄り場所・ＴＥＬ） |  | | |
| 帰着時間及び場所 | 午前・午後　　時　　分 | | |
| 経路計画者並び緊急連絡先  　　 （携帯でも可） | 氏　　名 （℡）  住　　所 | | |

（様式５）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者用）

　　 団体名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 氏　　　名 | 性別 | 年齢 | 電話番号 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

　　　平成　　　年　　　月　　　日

　　群馬県社会福祉協議会長　　様

※御記入いただいた個人情報については、群馬県社会福祉協議会個人情報保護規程に従い福祉バスの

運行及びこれに関する業務の範囲内で使用します。