（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用団体・事業所名 |  |
| 利用年月日 |  年　　月　　日（　　曜日）～　　　月　　　日（　　曜日）　　 |
| 利用区分（○で囲む）※１又は３を選択した場合は「主な分類」の該当項目も○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）　　（主な分類　身体・知的・精神・児童）２　高齢者施設３　障害者施設（主な分類　身体・知的・精神・児童）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 | 　心身の障害等により移動が困難な方　　　　 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７日以内（土日祝日及び年末年始を除く）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、福祉バス利用申請書は、利用日の１ヶ月前までに

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　　　　 　　 利用団体負担　　　・　本会負担

（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（県社協用）

|  |
| --- |
| ○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。□申請書の内容に変更や取消が生じた場合は、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。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| **福祉バス「愛の募金号」利用申請書** 年　　月　　日　　社会福祉法人　　群馬県社会福祉協議会長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　 利用者区分　身体障害　知的障害　精神障害　高齢者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 児童　その他（　　　　　　　　　　　） 団体・事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　　 所　  代表者氏名 団体等印 福祉バス「愛の募金号」運行要領の内容を理解・承諾し、福祉バスを利用したく申請します。 |
|  |  　年　　月　　日（　　曜日）～　　日（　　曜日） |
| 　（○で囲み、必要事項を記入） | ｽﾎﾟｰﾂ及びﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ　　各種大会参加　　機能回復訓練　　施設見学視察及び研修　　社会見学　　保養事業　　その他（　　　　　　　）行事名「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 　　 |  |
| 　利用（乗車）人員 |  　　　　　人（心身の障害等により移動が困難な方　　　　　　　人） |
|   |  様式４のとおり　 |
| 出発場所及び時間 | 場所 　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分発 |
| 帰着場所及び時間 | 　場所 　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分着 |
| リフト等の利用有無 | ﾘﾌﾄ利用有・無 | 車イス　　　　　　　　　台 | 有料道路利 用有・無 | 有料道路通行料 支払い方法　□後日、バス会社からの請求□当日、団体等が支払い |
|  付  記  欄 | ※主な参加予定者をご記入ください。（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・不承認通知書」、「請求書」の送付先が上記と異なる場合〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名※本会またはバス会社より、確認や助言等の連絡をさせていただくことがあります。　　　　 |

※様式２、３の下線部を全てご記入の上、提出してください。

バス会社確認欄

（様式３）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者用）

|  |  |
| --- | --- |
| 承認番号 |  |
| **福祉バス「愛の募金号」利用承認・不承認通知書** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 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 申請のあった福祉バスの利用を下記のとおり承認・不承認とします。 |
|  |   　年　　月　　日（　　曜日）～　　日（　　曜日） |
|  | ｽﾎﾟｰﾂ及びﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ 各種大会参加 機能回復訓練　　施設見学視察及び研修　　社会見学　　保養事業　　その他（　　　　　　　）行事名「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 |
|  |  |
| 利用（乗車）人員 |  　　　　　人（心身の障害等により移動が困難な方　　　　　　　人） |
|  |   様式４のとおり　 |
| 出発場所及び時間 | 場所 　　　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分発 |
| 帰着場所及び時間 | 場所 　　　　　　　　　　　　午前 ･ 午後　　　時　　　分着 |
| その他 | 車イス有・無有→　　台 | リフト利用有・無 | 有料道路利 用有・無 | 有料道路通行料 支払い方法　□後日、バス会社からの請求□当日、団体等が支払い |
| 承認にあたっての留意事項1. 利用承認の経路は、変更しないでください。但し、当日の状況により１６時までに

戻れない場合は、経路や行程を変更することも認めます。当日の経路変更に伴い、有料道路通行料等が発生した場合、料金は利用者負担となります。1. 災害等やむを得ない事情が生じた場合は、会長又は委託元である群馬県の判断により運行を

中止することがあります。なお、利用承認通知書を交付後、やむを得ない事情で運行が中止となり、その結果、損害等が生じても、一切責任は負いませんので、予めご了承ください。３．運行要領や「利用にあたってのお願い」の内容を十分ご理解の上、申請ください。４．安全運行にご協力ください。　　　５．本会またはバス会社より、確認や助言等の連絡をさせていただくことがあります。 （承認できない場合・理由） |

（様式４）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者用）

**行　先　及　び　経　路　明　細**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体・事業所名

＜注意事項＞

＊出発場所や目的地等の駐車場所は、大型バスが利用できる場所としてください。予め利用団体

　等により事前に確認、予約をしてください。

＊利用施設、食事場所の予約については必ず事前にしてください。

＊余裕を持った計画を立てていただきますが、当日の状況により１６時に戻れない場合は、経路

　や行程を変更することも認めます。

※当日の経路変更に伴い、有料道路通行料等が発生した場合、料金は利用者負担となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　　目 | 内　　　　　　　　　　　　　　容 |
| 　　 集　合　時　間目　　　的　　　地 （住所・ＴＥＬ）＊配車時間は、出発の15～30分前を予定しています。車イス等利用者の有無等により変わる場合もあります。 | 　　　　　　　集合場所、立ち寄り場所等　　　住所・電話番号時　　分　　　　　　時　　分　　時　　分　  　　時　　分   |
| 集　合　場　所略　図　＊別紙も可能 |  |
| 経路計画者及び緊急連絡先（携帯電話） |  氏　　名 （℡） 住　　所 |
| 通信欄バス会社への連絡、相談等　/　バス会社メモ  |

バス会社確認欄

（様式５）

 　　 団体・事業所名

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

 　　　平成　　　年　　　月　　　日

※ご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。

　※上記内容が含まれていれば、既存の名簿でも構いません。

　※乗車名簿は利用日の１０日前までにご提出ください。