（様式１）

令和　　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みします。

利用団体・事業所名	
利用年月日	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日
利用区分 （当てはまる項目を■にする） ※１又は３を選択した場合は 「主な分類」の該当項目もクリック	□ 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： MAIL： 担当者：
目的地 （当てはまる項目を■にする） ※をよく確認のうえ、 目的地を設定ください。	□ 1　県内　（　　） □ 2　県外　（　　） □ 3　計画中（　　） ※ 目的地は、１日の走行距離（原則として300キロメートル）以内です。 ※ 利用時間は、午前９時（出庫）～午後４時（入庫）以内です。
利用目的 （当てはまる項目を■にする）	□ 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（　　）
予定乗車人数 ※２０名以上でお願いします	心身の障害等により移動が困難な方　　名 ※リフト利用　□ 有　・　□ 無 移動に支障が無い方　　名 合　計　　名
特記事項	

＊電話等での仮予約後、予約申込書を７日以内（土日祝日及び年末年始を除く）に県社協に提出してください。
なお、提出方法は原則としてメールとしますが、困難な場合はＦＡＸまたは郵送でも受け付けます。

＊予約確認後、予約受付結果は原則としてメールにて担当者にお知らせいたします。

＊事業内容に変更があった場合はご連絡下さい。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１ヶ月前までに提出されない場合、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	1　受付しました	2　受付出来ませんでした
※燃料費負担	1　利用団体負担	2　本会負担

（様式２）

（県社協用）

承認番号	

福祉バス「愛の募金号」利用申請書

令和　　年　　月　　日

社会福祉法人群馬県社会福祉協議会長　殿

団体・事業所名

代表者役職・氏名

担当者名

連絡先（通知・請求書等送付先）

〒　　－

TEL：

FAX：

MAIL：

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。

申請に当たっては、次の内容を確認の上、■にしてください。（□のまま提出された場合は、承諾したものとみなします。）

□　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。

利用年月日	令和　　年　　月　　日　～　　月　　日
利用目的 （当てはまる項目を■にする）	□ 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（　　）
利用責任者役職・氏名	
予定乗車人数 ※２０名以上でお願いします	心身の障害等により移動が困難な方　　名 ※リフト利用　□ 有　・　□ 無 移動に支障が無い方　　名 合　計　　名
行き先及び経路	様式４のとおり
配車希望時間	□ 午前　・　□ 午後　　時　　分までに出発場所への配車を希望
出発場所及び時間	場所（　　） 時間　□ 午前　・　□ 午後　　時　　分　発
帰着場所及び時間	場所（　　） 時間　□ 午前　・　□ 午後　　時　　分　着
その他確認事項	車イス トランク　　台 車内　　台 有料道路の利用 □ 有 □ 無 有料道路通行料の支払い方法 □ 後日、バス会社から請求 □ 当日、団体等が支払い
付記欄	※主な参加予定者を記載ください。　（例：〇〇協会の利用者、役員、ボランティア、職員等）

※太枠内（□は当てはまる項目を■にして）をご記入の上、ご提出ください。

（様式３①）　　（申請者用）

行先及び経路明細

１．注意事項　※確認したら■にしてください。（□のまま提出された場合は、確認したものとみなします。）

□	配車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、利用団体において事前に確認・予約をしてください。（**路上駐車不可**）
□	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。
□	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。

２．経路計画者及び緊急連絡先

氏名：		緊急連絡先：	
住所：			

３．行程詳細

	時間	場所・電話番号		
	時 分までに	出発場所へ、バスの配車をお願いします。		
①	時 分出発			を出発
	（出発場所）	住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	
	時 分到着			へ到着
②		住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	
	時 分出発			を出発
	時 分到着			へ到着
③		住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	
	時 分出発			を出発
	時 分到着			へ到着
④		住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	
	時 分出発			を出発
	時 分到着			へ到着
⑤		住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	
	時 分出発			を出発
	時 分到着			へ到着
⑥		住所： TEL：	大型バス駐車場 □ 確認済 駐車場地図 □ 添付済	

（様式３②）　　（申請者用）

行先及び経路明細

４．集合場所略図（別紙も可能）

５．通信欄　　（バス会社への連絡、相談等）

（様式４①）

福祉バス乗車名簿

団体・事業所名

利用日　　令和　　年　　月　　日 ～　　月　　日

No.	氏名	住所	電話番号	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

※１ 乗車定員は49名です。

※２ 必要事項が記載された既存の名簿がある場合は、そちらを提出していただいても構いません。

※３ この名簿に記載された個人情報は、福祉バスの適切な運行及び緊急時連絡先以外の目的には使用いたしません。

※４ 利用日の５日前までに担当へ提出してください。

（様式４①）

福祉バス乗車名簿

団体・事業所名

利用日　　令和　　年　　月　　日 ～　　月　　日

No.	氏名	住所	電話番号	備考
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				

※１ 乗車定員は49名です。

※２ 必要事項が記載された既存の名簿がある場合は、そちらを提出していただいても構いません。

※３ この名簿に記載された個人情報は、福祉バスの適切な運行及び緊急時連絡先以外の目的には使用いたしません。

※４ 利用日の５日前までに担当へ提出してください。