

福祉バス使用許可申請書

令和 年 月 日

社会福祉法人 春日市社会福祉協議会 会長 様

申請団体名
代表者氏名..... 印

このことについて、福祉バス利用要綱第2条の規定により、下記のとおり、福祉バスを使用したいので申請します。

記

1. 研修名・福祉活動名	
2. 使用目的	
3. 使用団体名 責任者名	<input type="checkbox"/> 申請団体・代表者と同じ（連絡先はご記入下さい。） 連絡先（固定・携帯） — —
4. 担当者名 運行内容が分かる方	連絡先（固定・携帯） — — ※目的地への道順を明確に案内ができる方（有・無）
5. 使用年月日	令和 年 月 日（ ） （出発時間 時 分 帰着時間 時 分）
6. 目的地	行先 住所 ※施設名等を記入 電話番号 — — ※目的地及び付近の地図又はパンフレット等を必ず添付して下さい。
7. 乗車人員	人 ※定員 28人（正座席 22 補助座席 6） ※乗車名簿を添付して下さい。

8. 行程表

行程（詳細に記入のこと。） 運行時間は、8時30分社会福祉センター発を起点として、 9時00分から16時30分 （社会福祉センター着17時00分）の間で作成してください。※ 行程時間の変更等は、早めにご連絡ください。						
8:30	9:00	10:00	11:00	12:00		
13:00	14:00	15:00	16:00	16:30	17:00	

(1) 有料道路利用（有・無）

※利用する場合は、インターチェンジを記入して下さい。

往路（ICからIC）

復路（ICからIC）

(2) 雨天による行程変更（有・無）

※有りの場合は変更する行程を記載又は添付して下さい。

(3) 同行車両（有・無） 有の場合（ ）

9. その他注意事項

- (1) この申請書は、使用日の2ヶ月前から10日前までに事業総務課担当へ提出して下さい。
- (2) 乗車人の定員は28人です。（12歳未満の方についても1名とみなします。）
- (3) 有料道路料金、駐車場料金等は利用者負担となります。
- (4) 運転手は、付添い介護業務等はいたしかねますのでご了承下さい。
- (5) 運行後、利用報告書のご記入をお願いしています。

上記の申請について、福祉バス運営実施要綱第2条に基づき許可してよろしいかお伺いします。

運 転 手	会長	局長	課長	係長	担当	回 覧
決 裁						

福祉バス使用に関する誓約書

年 月 日

社会福祉法人 春日市社会福祉協議会 会長 様

申請団体名

代表者氏名

印

(利用日 年 月 日)

福祉バス利用に際して、下記のことについて誓約します。

記

1. 運行中は運転手の指示に従い、安全運行に努めます。
2. 天候、災害、バスの故障等、その他やむを得ない事由により、福祉バスを運行することが困難であると認められるとき、又は本会が業務遂行上必要とする場合は、利用許可の取り消し又は変更に従います。
3. 福祉バスの利用者が故意にバスを破損又は汚損した場合は、弁償責任を負います。
4. 福祉バス利用中の事故により生じた損害賠償については、本会が加入している自動車損害賠償保険の範囲となります。(本会に過失がない場合は除く) また、利用者が本会の定める規定に違反し、負傷、死亡した場合は、利用者の責任となります。
5. 利用者の厳守事項
 - (1) 車内での飲酒・喫煙行為 (酒酔い状態での乗車)
 - (2) 車内での汚損行為 (ゴミはお持ち帰り下さい。)
 - (3) 車内での暴力行為
 - (4) 許可を受けた目的外使用
 - (5) 許可を受けた目的地外への行先の変更
 - (6) 第三者への転貸
6. 危険回避の為、やむを得ず急ブレーキ等を行うことがあるため、走行中の立ち上がり座席の移動等の危険な行為は行わないこと。
7. 平成20年6月1日から改正道路交通法が施行され、運行時は、シートベルトの着用が義務付けられました。座席にシートベルトがある方は、必ずシートベルトを着用すること。(療養上又は健康保持上適当でない場合、又は心身の状態により、ベルトを着用することができない場合等を除きます。)

別紙 1 - 1

福祉バス乗車名簿

	氏 名	住 所	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

別紙 1—2

福祉バス乗車名簿

	氏 名	住 所	電話番号
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			