

(様式第 1 号)

# 射水市福祉バス利用承認申請書

年 月 日

射水市社会福祉協議会会長 殿

団 体 名  
代表者氏名  
住 所  
T E L

(印)

次のとおり射水市福祉バスを利用したいので承認されたく申請いたします。

記

当日の利用団体名							
利 用 年 月 日	年	月	日 ( )	時	分から	時	分まで
目 的							
経 路							
当 日 責 任 者	〒	乗車人員		名			
	住 所	給油場所					
	氏 名	申請書 受付日	/	承認書 発送日	/		
TEL							

## ※申請時の注意事項

- ・車庫発 8:45～車庫着 16:45 の時間内で経路を記入すること。
- ・乗車定員は 28 名です。ただし、高速道路使用の場合は乗車定員 22 名。
- ・観光(旅行)目的、お風呂利用のみでは運行できません。
- ・老人クラブ、児童クラブの申請者は校下・地区の代表者です。

問合せ先・窓口

総務課 ☎ 55-5201 / 新湊支所 ☎ 82-8450