（様式第 １号）

**射水市福祉バス利用承認申請書**

令和　　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

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 | | 令和　　年　　月　　日（　　　）　　時　　分から　　時　　分まで | | | | | |
| 目的 | |  | | | | | |
| 経路 | |  | | | | | |
| 当日責任者 | * 承認通知書送付先   　　　　〒  住　所  氏　名  ＴＥＬ | | 乗車人員 | | ※15名以上22名以下  名 | | |
| 給油場所 | |  | | |
| 申請書受付日 | ／ | | 承認書発送日 | ／ |

**※申請時の注意事項**

・車庫発8:45～車庫着15:45の時間内で経路を記入すること。

・乗車定員は22名です。

・観光(旅行)目的では運行できません。

・老人クラブ、児童クラブ、母親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　FAX 55-5208 |