（様式第 １号）

記　入　例

**射水市福祉バス利用承認申請書**

令和　年　４月　１日

射水市社会福祉協議会会長　殿

団　体　名　〇〇地区老人クラブ

**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。**

代表者氏名　会長　福祉　一郎

住　　　所　射水市戸破〇〇番地

T　E　L　０７６６-５５-５２０１

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 | 〇〇長寿会 |
| 利用年月日 | 令和　年　７月　３１日（　木　）９時１５分から１５時００分まで |
| 目的 | 会員の見分を広め、健康の向上と生きがいづくりを図る |
| 経路 | ◎集合場所は、公共施設の駐車場など乗降の安全な場所をお願いします。◎目的地での駐車場の確保もお願いします。　救急薬品市民交流プラザ　→→→行田公園→→→　　　（９：１５発）　　　　　（１０：１５～１１：１５）　滑川ほたるいかミュージアム→→→救急薬品市民交流プラザ　（１１：３０～１４：００）　　　（１５：００着） |
| 当日責任者 | ◎承認通知書の送付先になります。　　　　〒939ー0３５１住　所　　射水市戸破4200‐11氏　名　　福祉　愛子　　　　　　　　　　ＴＥＬ ５５－５２０８ | 乗車人員 | ※15名以上22名以下２２名　　　　　　　　　　　　　 |
| 給油場所 | 〇〇石油 |
| 申請書受付日 | ／**運行後、利用者の方がバスの燃料を給油してください。****セルフスタンドはご遠慮ください。** | 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 |