様式第１号(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 決裁 | 会　長 |  | 事務局長 |  |

福祉バス使用申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 使用日時 | 月　　　　日　（　　）　　　時　　　　分　　から  　　　月　　　　日　（　　）　　　時　　　　分　　まで |
| 行　先　経　路  （往路・復路） |  |
| 使用目的 |  |
| 乗車責任者 | 住　所  所　属  職氏名  連絡先　　固定電話　　　　　　　　携帯電話 |
| 乗車人員 | 人 |
| 乗務員の食事の有無 | 有・無　（どちらかに○を付けてください。） |
| 備考 |  |
| 上記のとおり福祉バスを使用したいので承認願います。  身延町社会福祉協議会長　　　　様  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　氏名　　　　　　　　　　　　㊞ | |

※使用制限：１回の乗車人員は、１２人を超え２３人までです。（座席１９、補助席４）