（別記様式第１号）

障害者福祉バス利用応募用紙

令和　　年　　月　　日

和歌山県障害児者サポートセンター　障害者支援課　　あて

　　　利用団体名：

所　在　地：〒

電話番号：

代表者名：

障害者福祉バスを利用したいので、次のとおり応募します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利 用 日  （利用予定日） | 令和　 年　 月 　日（ 　）から  令和　 年 　月 　日（ 　）まで　　　日間　利用 |
| 行 　　先 |  |
| 利 用 目 的 | ・障害者総合支援法の指定事業者が実施する事業に  　　　　　　　　　　　　　（　該当する　・　該当しない　） |
| 利用予定人員 | 障害者　　　　 名（うち車いす常用者　 　　名）  　介護者　 　　　名 リフト使用 有　・　無  　合　計 　 名 |
| 日程の変更 | ・可　　　　　　　　　・不可 |

応募者連絡先

　　　　　（募集締切後、連絡させていただきますので必ずご記入願います）

氏　　　名：

　　　　　　住　　　所：〒

　　　　　　電話 / FAX：

（別記様式第２号）

障害者福祉バス利用申込書

令和　　年　　月　　日

和歌山県障害児者サポートセンター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　利用団体名：

　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地：〒

電話番号：

代表者名：

　障害者福祉バスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　日 | 令和　年　月　日（　）から令和　年　月　日（　）まで　　日間利用 | | | |
| 時　　　間 | バス配車時刻　　　時　　　分 配車場所  バス出発時刻　　　時　　　分  バス帰着時刻　　　時　　　分 帰着場所 | | | |
| 行　　　先 |  | | | |
| 利用目的 |  | | | |
| 利用人員 | 障害者　　　　　　名　　　　うち車いす常用者　　　　　　名  　介護者　　　　　　名 リフト使用 有　・　無  　合　計 　　 名 | | | |
| 乗　　　車  責　任　者 | 住　所　〒  氏　名 　　　 　　　　　℡ | | | |
| 宿泊の有無 | 有　・　無 | 宿泊先名称 |  | |
| 宿泊先住所 |  | | | 宿泊先℡　　　 －　　　－ |
| 受付年月日 | ※　令和　　年　　月　　日 | | ※受付者名 | |

☆乗車責任者の電話番号は、当日利用可能な緊急連絡ができる番号を記入してください。

　※記入しないでください。

（別記様式第３号）

利　用　計　画　書

１　利用行程等

|  |  |
| --- | --- |
| 期　　　日 | 利用行程（場所・時間・道路名等コース・到着予定時間等） |
|  |  |
|  |
|  |
| 備　　　考 |  |

　☆　利用計画は、できるだけ余裕をもって、無理な計画にならないようにしてください。

　☆　利用行程は、なるべく詳細に記入してください。

（記入例） 9:00 　11:30　12:15 13:00（着）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （往）　　････市役所 |  | ○△（昼食） |  | □△施設 |

国道△号線 　　････高速

17:00 16:00 15:00（発）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （復）　　････市役所 |  | △△（休憩） |  | □△施設 |

････高速 ････高速

２　配車場所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 配車場所 |  | |
| 詳細図  　☆　参考となる建物や進入経路等を詳細に記入してください。 | | |
| 最終降車場所 | |  |

（別記様式第４号）

**利用者名簿　　団体名**

バス利用日 　　月　　日　から 　　月　　日（　　日間）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 人員 | 氏　　　　名 | 年齢 | 市町村名 | 障害別　（　○印 ） | 車いす常用の有無 | 備考 |
| １ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ２ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ３ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ４ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ５ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ６ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ７ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ８ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| ９ |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 10 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 11 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 12 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 13 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 14 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 15 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 16 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 17 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 18 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 19 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 20 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 21 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 22 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 23 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 24 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 25 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 26 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 27 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 28 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 29 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 30 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 31 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |
| 32 |  |  |  | 肢・聴・視・内・知・精・その他 |  |  |

　☆　介護人は、備考欄に○印をつけてください。

（別記様式第５号）

障害者福祉バス利用承認書

令和　　年　　月　　日

　　申込団体代表者　様

和歌山県障害児者サポートセンター所長

　令和　年　月　日付けで申し込みのあった障害者福祉バスの利用について、次のとおり承認します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利 用 日 | 令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで　　　日間利用 |
| 福祉バス | 配車場所： 配車時間：　　時　　分 |
| 最終降車場所： 帰着時間：　　時　　分 |
| 行　　先 |  |
| 利用目的 |  |
| 利用人員 | 障害者　　　　　　名　　　　　車いす常用者　　　　　　　　名  　介護者　　　　　　名　　　　　リフト使用　　　　　有　・　無  　合　計　　　　　　名 |
| 乗　　車  責 任 者 | 住所：  　氏名：　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| 宿 泊 先 | 住所：  　名称：  　電話： |
| 備　　考 |  |

　　※本書記載事項に変更が生じた場合は、速やかに和歌山県障害児者サポートセンター

（℡073-445-7314）まで申し出てください。

（別記様式第６号）

福祉バス利用報告書

令和　　　年　　　月　　　日

和歌山県障害児者サポートセンター所長　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用団体名 |  | | 利用者人数 |  |
| 代表者 |  | 乗車責任者 |  | |
| 利用日時 | 出発年月日・時間　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　：  帰着年月日・時間 令和　　　年　　　月　　　日　　　　： | | | |
| 行き先 |  | | | |
| 利用コース等について  １　利用計画書どおりに運行した  ２　利用計画を変更した  （変更理由及び内容） | | | | |
| 安全管理について  １　利用者の安全確保が図られた  ２　病気・けが等の事故があった  （状況） | | | | |
| その他 | | | | |

※利用後１週間以内に、下記まで提出してください（ファクシミリ可）。

　　　提出先：〒641-0014　和歌山市毛見1437-218

　　　　　　　和歌山県障害児者サポートセンター

　　　　　電話番号：073-445-7314、ﾌｧｸｼﾐﾘ番号：073-446-0036