

(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		TEL	
宿泊の有無	有 ・ 無	宿泊先名称		
宿泊先住所			宿泊先TEL	— —
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 (〇印)	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、備考欄に〇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： TEL
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 (TEL073-445-7314) 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