

(様式第1号)

川崎市福祉バス利用申請書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

利用団体名

登録番号

代表者住所 〒 区

代表者氏名

電話番号 () -

担当者名

電話番号 () -

携帯電話 () -

* 承認通知書を上記代表者住所以外に希望する場合御記入下さい
書類送付先 〒

利用日	令和 年 月 日 () ~ 月 日 ()		
利用バス	きぼう号 (車椅子固定 : 観光バス仕様) ※車椅子固定席を3席以上御希望の場合は事前に 北部身体障害者福祉会館に御連絡ください。		観光バス
利用人数	人	〔 手動 人 内 車椅子 電動 人 〕	
行き先			
配車場所	※ 別途配車場所と向きが分かる見取り図を添付して下さい		
配車場所住所			
配車時刻	時 分	出発時刻	時 分
現地到着時刻	時 分	帰着時刻	時 分
コース (出来るだけ詳細に記入して下さい) 別紙も可			
昼食場所	名称「	」 Tel ()	-
宿泊先	名称「	」 Tel ()	-
その他	バス会社との電話による事前打合せ (要 : 不要) 雨天 (決行 : 中止) 添乗員 (要 : 不要) カラオケ (要 : 不要) DVD (要 : 不要) ステッカー 『 (団体名・通称など) ※カラオケをご使用になる場合は、必ず添乗員が必要になります。		
※1泊2日ご利用の際、 運転手と添乗員の専用室が、計2部屋必要です。 添乗員が不要の場合は、運転手のみで運行します。専用の部屋が1部屋必要です。 ※記入していただいた連絡先等は、福祉バスの運行に関するものみに使用します。			

福祉バス乗車名簿

団体名 _____

利用日 年 月 日

責任者氏名	住所	連絡先

No.	氏名	障害の有無	No.	氏名	障害の有無	No.	氏名	障害の有無
1		有・無	21		有・無	41		有・無
2		有・無	22		有・無	42		有・無
3		有・無	23		有・無	43		有・無
4		有・無	24		有・無	44		有・無
5		有・無	25		有・無	45		有・無
6		有・無	26		有・無	46		有・無
7		有・無	27		有・無	47		有・無
8		有・無	28		有・無	48		有・無
9		有・無	29		有・無	49		有・無
10		有・無	30		有・無	50		有・無
11		有・無	31		有・無	51		有・無
12		有・無	32		有・無			
13		有・無	33		有・無			
14		有・無	34		有・無			
15		有・無	35		有・無			
16		有・無	36		有・無			
17		有・無	37		有・無			
18		有・無	38		有・無			
19		有・無	39		有・無			
20		有・無	40		有・無			

リフト付	45名
リフトなし	51名