

リフトバス「ながら号」利用申込書

申込日 年 月 日

岐阜県社会福祉協議会会長 様

団体名
所在地 〒 -

代表者 (役職名)
(氏名)

印

担当者
TEL - -
FAX - -

リフトバス「ながら号」の利用について下記のとおり申し込みます。

利用人員	障がい（児）者又は介助を要する高齢者 人 （うち車内車椅子固定席利用者 人） 介添人 人 <u>合計</u> 人 ※参考：計27席（一般席21席、補助席3席、車椅子固定席3席）		
利用日	年 月 日（ ）から 年 月 日（ ）まで ※2日以内		
利用目的			
配車時間	午前・午後 時 分 ※乗車に要する時間、出発時間を勘案し記入してください。	出発時間	午前・午後 時 分
配車場所	（住所： ）		目的地
帰着時間	午前・午後 時 分	帰着場所	
緊急連絡先	代表者氏名（乗車する方）	TEL	- -
	関係者氏名（乗車しない方）	TEL	- -
同行車	有（ 台）・ 無	ながら号専用ETCカード使用の有無	有 ・ 無
宿泊の有無	有 ・ 無	運転手の宿泊	有 ・ 無
宿泊場所	（住所： ）		
特記事項	*（特に介助を必要とする場合等）		

※添付書類（行程表、配車場所を示す詳しい略図）

※本書に記載された個人情報は、リフトバス「ながら号」運行管理目的のみ利用します。

<行程表>

配車時間 :

配車場所

出発時間 :



帰着時間 :

帰着場所

(注) 時間を追って詳しく記入して下さい。

<配車場所を示す詳しい地図>

配車場所の名称

配車場所の住所

配車場所のTEL — —

(注) 目標となる建物等を明示して下さい。

停車位置（駐車場等）の指定がある場合は明示して下さい。