（様式第１号）

|  |
| --- |
| 福祉バス使用申込書令和　　年　　月　　日　社会福祉法人鳥栖市社会福祉協議会会長　様　　　　　　　　　　　　　　　　使用申込団体　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　下記により福祉バスを使用したいので、確認事項を承諾のうえ、申し込みます。記 |
| 使用責任者 | 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　 | 電 話 |  |
| 使用期間 | 　　　　年　　月　　日（　　曜日） 午前・午後　　　時　　　分から |
| 　　　　年　　月　　日（　　曜日） 午前・午後　　　時　　　分まで |
| 使用目的 |  |
| 乗車人員 | 　　　　　　　　　　　　　　　※８人以上２８人以内 |
| 出発場所及び目的地 |  |
| 運行経路 |  |
| 参考事項 |  |
| 利用者確認事項 | 【貸与時間】　　原則、土日・祝日を除く９時～１７時の範囲とする。【福祉バス棄損時の損害賠償責任】福祉バスの使用に関し、車両、備品及び車両に附属する設備を棄損したときは、利用者はその損害を賠償しなければならない。【損害の賠償】福祉バスの運行中の事故により生じた損害については、本会が加入している保険の範囲で補償する。 |