（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。 | | | |