

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 合計 人 ※参考：計 28 席（一般席 20 席、補助席 4 席、車椅子固定席 4 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・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・後 時 分
配車場所	(住所:)	目的地	
帰着時間	午前・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。

団体名

<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。