

リフトバス「ながら号」利用申込書

申込日 令和 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）		

リフトバス「ながら号」の申込に当たっては、次の内容を確認の上、□にレ点を記入ください。

□ 利用決定通知後、故障や災害等により「ながら号」が運行不能になり、その結果、損害が生じても、岐阜県社会福祉協議会及び岐阜県は一切の責任を負わないことを承諾します。

※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、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

<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。

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

配車場所の電話番号

(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。