

バス貸し出し用

※事前に空き状況などをご確認の上、
申請書をご提出下さい。

TEL 096-371-5533
FAX 096-364-5309

熊本市障害者福祉センター希望荘 福祉バス使用許可申請書

年 月 日

熊本市社会福祉事業団 理事長様

申請者 _____

担当者 _____ 電話番号 _____

住所 熊本市 _____ 区 _____

団体名 _____

代表者名 _____ 電話番号 _____

次のとおり、熊本市福祉バスを使用したいので申請します。

なお、使用に際しましては、熊本市障害者福祉センター希望荘条例、同条例施行規則
及び、熊本市福祉バスの運行に関する要項を遵守します。

使用目的	
使用日時	年 月 日 () 曜日 時 分 ~ 時 分
使用人数	車イス 名 電動車イス 名 その他 名 合計 名
目的地	

申請書は予約時に提出をお願いいたします。

行程表、利用者名簿（住所記載有）は運行予定日の前月20日までに提出してください。

バスの乗降場や駐車場の許可等は、全て利用団体で手配をお願いいたします。

太枠内は記入しないでください。

館長	副館長	係

受付年月日	年 月 日
申請番号	第 _____ 号
許可年月日	年 月 日
許可番号	第 _____ 号