

高齢者支援課	
障がい福祉課	

福祉バス利用許可申請書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

[申請者]
住所：新潟市

氏名：

申請書及び利用者名簿は、利用日の15日前までに高齢者支援課・障がい福祉課に提出してください。

利用車種 (○で囲む)	・ リフトバス (21人乗り+車いす利用者 2人追加乗車可)	・ 中型バス (45人乗り)	車いす用リフトの使用 する ・ しない		
利用団体名					
利用目的					
利用人員	名				
利用日時	年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分				
集合場所	住所：				
運行経路 及び時間 (※)	(発) : () ↓ (着) : () ↓ (発) : () ↓ (着) : ()	(発) : () ↓ (着) : () ↓ (発) : () ↓ (着) : ()			
利用当日責任者 及び連絡先	・ ☎ () ・ 利用当日の緊急連絡先：()				
受付日	伺 い	課長	課長補佐	係長	係員
決裁日					
送付日		利 用 を 許 可 し て よ ろ し い で し ょ う か			

※見学施設については、「福祉バスのご案内」に記載されている施設からお選びください。研修・見学等を目的に、掲載のない施設の見学を希望される場合は、あらかじめ高齢者支援課・障がい福祉課へご相談ください。