

(様式第1号)

決 裁	会 長	事務局長	安全運転 管 理 者	担 当

福 祉 バ ス 使 用 許 可 申 請 書

令和 年 月 日

桑折町社会福祉協議会長 渡 邊 美 昭 様

団体機関名 _____

代表者住所
職 ・ 氏 名 _____ 印

下記のとおり福祉バスを使用したいので申し込みます。

使用の目的			
使用期間 <small>※往復路の場合現地出発時間を記入</small>	出 令和 年 月 日 () 時 分	日 帰	
	帰 令和 年 月 日 () 時 分		
走行経路	(目的地との往復 200km 周遊コースは不可)		
集合場所		乗車人員 (26人まで)	人
使用責任者の 役職名及び氏名		責任者の 電話番号	
備考			

使 用 許 可 書

上記の申請については、裏面使用留意事項を遵守することを条件として許可します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 桑折町社会福祉協議会
会長 渡 邊 美 昭

福祉バス使用留意事項

- このバスの運行はおおむね10名以上の利用であること。
- 使用責任者を明確にし、運行の安全と使用者の統率に責任を持たなければならない。
- 使用責任者は、乗車予定地における乗車人員を把握し、乗車漏れのないようにすること。
- 運転中は安全運転に協力し、運転手の指示に従うこと。
- 使用後は車内を点検し、ゴミ等は使用者において持ち帰ること。
- 高速料金（有料道路含む）、駐車料金及び車外における活動に際しての任意の傷害保険料は使用者において負担すること。
- 使用者の故意または過失により運行中に被った損害については、使用者の責任において処理し、賠償しなければならない。
- 運行中の事故にかかる搭乗者損害賠償については、福祉バスが加入する賠償保険の損害賠償額（1人1000万円）の範囲内とする。