

課長	参事	係長	係

志免町福祉バス事業利用申請書			
使用日時	年	月	日 () 時 分
	年	月	日 () 時 分
使用団体名 及び人員			名
使用責任者 (会長又は課長)	住所		
	氏名	⑩	TEL
使用目的			
行程			
出発から到着までの 順路を詳しく記入 してください。			
<p>上記につきましては、志免町福祉バス事業実施要綱を熟知のうえ、遵守いたしますので許可 くださいますよう申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 TEL</p> <p>志免町長 様</p>			
※ 運行中の緊急 時のご連絡先	氏名	TEL	

許可条件

- (1) 運転手は志免町社会福祉協議会指定の運転手とすること。
- (2) 使用時間を厳守すること。
- (3) 通行料金や有料駐車料金は、使用団体等の負担とする。
- (4) 宿泊を伴う場合は運転手(職員)の宿泊実費は使用団体等の負担とする。
- (5) 県外へ利用の場合は、利用者名簿(別紙)を利用日前日までに社会福祉協議会宛提出すること。
- (6) 利用日の3日前以降及び無連絡で取消しを行った場合は、それ以降2年間利用できない。但し、天災地変の場合は、この限りではない。

○許可条件 裏面に続きます。必ず裏面を確認ください。

- 許可条件続き (7) 交通事故等に関する損害賠償は、自賠責保険・事業者が契約する任意保険の範囲とする。
- (8) チャイルドシートを持ち込む場合について
- ① チャイルドシートは利用者で用意すること。
 - ② チャイルドシートは2点式座席ベルトに対応できるものであること。
 - ③ チャイルドシートの設置及び管理は保護者の責任で行うこと。
- (9) シーメイトを出発・到着に利用する場合は第4駐車場で乗降すること。その際、自家用車等については、シーメイト行事等により駐車が難しい場合もあるので留意すること。

万一の事故に備えて障害保険等の加入をお勧めします。