

広島市障害者福祉バス利用申込書

令和 年 月 日提出

(あて先) 広島市長

(利用日の20日前までには提出)

団体名	代表者氏名		
	代表者住所 〒	TEL	
	広島市 区	携帯	
	E-Mail	FAX	

※緊急連絡に対応できるようにできるだけ携帯電話番号も記載してください。

利用年月日	令和 年 月 日 (曜日) ~ 月 日 (曜日)				
利用目的	(目的地及び経路は別紙1のとおり)				
添乗責任者氏名					
乗車人員	合計利用 人数	内 訳	構成員 (*)	障害者 人	介護人 人
			(うち車いす利用者 人)		
	_____人	その他	人		
<p style="margin: 0;"><車いすについて></p> <p style="margin: 0;">① レンタル 台必要 ・ 不要</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">(車いすを団体・個人で御用意できない場合は、必要台数を御記入ください。)</p> <p style="margin: 0;">② 車いすに乗った状態でバスに御乗車になれる人数 名</p>					
乗員名簿	別紙のとおり (未提出の場合→ 提出予定: 令和 年 月 日)				

<福祉バスを御利用頂ける団体の条件>

○利用人数・・・10人以上バスの定員以内

○構成員(*)のうち約半数以上・・・身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けている方、障害児学級又は通級指導教室在籍者で、かつ広島市内に居住されていること。

～以下の場合には利用要件の確認対象となる「構成員(*)」には含みません。「その他」欄に人数を計上して下さい～

- ・手帳所持者の兄弟姉妹で小学生以下の方 (この場合において保育者が2名いる場合はそのうち1名も構成員に含みません)

例) A (障害者本人) B (Aの小学生の弟) CD (Aの両親)

構成員・・・ACの2名 (BDは「その他」欄に2名として計上)

- ・重度障害 (身障・肢体不自由1～3級、療育マルA・A) のため、障害者1人につき2人の介護人を必要とする場合、2人目の介護人

(注1) 障害児学級又は通級指導教室に在籍なされている場合は、手帳所持者に準じて扱いますので、「障害者」欄に人数を計上してください。(乗員名簿には、〇〇学校〇〇学級在籍等と記入)

(注2) 天災その他やむを得ない事由により、福祉バスの安全な運行に支障が生じる恐れがあるときには、運行を取りやめる場合がありますので、予めご了承ください。

広島市障害者福祉バス運行計画書

経路計画責任者 (バス会社が運行経路について 連絡・相談できる方をお願いします) 連絡のつきやすい時間帯 < >	【自宅・勤務先】(後日バス会社からお送りします、運行計画書の送付先になります。 住所 〒 勤務先の場合は会社名等も必ず記入してください)		
	※当日の緊急時連絡のため、必ず携帯電話の番号をご記入ください。		
	氏名	TEL :	住所
	E-Mail	(携帯) :	
		FAX :	電話
目 的 地			
配 車 時 間	月 日	午前 午後	時 分
出 発 時 間	月 日	午前 午後	時 分
配 車 場 所			
経 路	できるだけ詳しく記入してください。 また、目的地までの経由地 (トイレ休憩・食事を含む) 及びその時間も必ず記入し、 時間的に余裕を持った計画 をたててください。 ※目的地や経由地が複数ある 場合、それぞれの名称・住 所・電話番号を記載してくだ さい。		
雨天の場合の変更の有無 (チェックを付けてください)	<input type="checkbox"/> 雨天決行 <input type="checkbox"/> 雨天中止	→	<input type="checkbox"/> 目的地の変更なし <input type="checkbox"/> 目的地を変更する (*)
帰 途 の 出 発 時 間	月 日	午前 午後	時 分
帰 着 時 間	月 日	午前 午後	時 分
帰 着 場 所			

○ 原則として一日につき350kmの範囲内で御利用頂けます。なお、当日の交通事情等によっては、当初の運行計画書通りには運行できない場合がありますので予め御了承下さい。

* 雨天時に目的地を変更される場合は、雨天時の「運行計画書」の提出も必要です。

広島市障害者福祉バス乗員名簿

(令和 年 月 日提出)

団体名	利用年月日 令和 年 月 日
-----	-------------------

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

氏名	年齢	障害者手帳の種類等	*1 等級等	*2	住所（全員についてもれなく記載）
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

* 1 ○療育手帳の方は「マルA・A・マルB・B」のいずれかを記入。 ○身体(肢体不自由)・療育手帳所持者で介護人を2名必要とする重度障害の方は等級に加えて障害区分も記入。 2 障害者手帳所持者以外の方について、介護人又は介護人でない場合は手帳所持者との続柄を記入。

(あて先) 広島市長

毎月1～15日の間における障害者福祉バスの優先利用について

障害者福祉バスの利用に際して当団体は、今回の利用に際し重度の身体障害者のうちリフト付きでなければ外出が困難な方（下記に記載）を1名以上含んでいます。

なお、この点につき偽り等の不正があった場合は、今後の利用に際して優先予約は勿論のこと、利用自体についても不可能になることがあることを予め承知しています。

(重度身体障害者のうちリフト付きでなければ外出が困難な方の氏名)

*下記にもれなく記載

<利用日>

令和 年 月 日 () ～ 月 日 ()

<団体名>

<代表者氏名>

印

広島市障害者福祉バス乗員健康管理表

団体名	利用年月日 令和 年 月 日
-----	-------------------

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

氏名	体調について (利用日の体温、咳、鼻水、倦怠感、味覚や嗅覚の有無等)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	