

(様式 1)

会 長	局 長	回 議	係

障害者及び高齢者等移動支援用福祉自動車使用申請(許可)書			
利用申込者 (障害者等)	住 所	TEL	
	氏 名	(手帳・ 等級)	
	住 所	TEL	
	氏 名	(手帳・ 等級)	
	住 所	TEL	
	氏 名	(手帳・ 等級)	
	住 所	TEL	
	氏 名	(手帳・ 等級)	
使 用 日 時		使 用 目 的 (行先・理由)	
令和 年 月 日 時 分から		(行先)	
令和 年 月 日 時 分まで		(理由)	
(日間)			
運 転 者 氏 名		同 乗 者 氏 名 (介 護 者)	
(年齢 才)			
免許証番号 ()			
上記のとおり松茂町社会福祉協議会所有の福祉自動車を使用したいので、貸出要綱の条件を守る事を誓約のうえ申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 (使用責任者) 氏 名 印 電 話(携帯) 社会福祉法人 松茂町社会福祉協議会会長 鈴 谷 一 彦 殿			
上記許可する。 令和 年 月 日 社会福祉法人 松茂町社会福祉協議会会長 鈴 谷 一 彦 印 殿			
* 入庫年月日	* 走行距離	* 距離数	* 領収金額
令和 年 月 日	出庫時 km	km	円
時 分	入庫時 km		
		取扱者	印

- 注 1. 使用後は車内清掃を行い、自動車返却時に本申請(許可)書を提示してください。
2. 事故等が生じた場合は松茂町社会福祉協議会 (TEL088-699-5352) に連絡し指示を受けて下さい。
3. 燃料費として走行距離数に1kmあたり20円を乗じて得た金額(10円未満の端数が生じたときは切り上げる。)を松茂町社会福祉協議会に納付して頂きます。
4. *は松茂町社会福祉協議会で記入します。