

福祉車両〔リフト車〕利用申込書(別紙1)

社会福祉法人
邑南町社会福祉協議会
会長 石橋 純二 様

利用年日 ・利用時間	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで
利用目的	
利用区間	から まで
運転者名	(住所 邑南町)
注意事項	1. 利用料は無料です 2. 燃料代については実費(満タンにして返却) 3. 本車両は自賠責共済・対物・対人共済等に加入していますが、事故処理等は車両利用申込者の責任で実施してください。また運転手の過失(飲酒・無謀運転等)が大きい場合は、利用申込者に賠償を請求することがあります。 4. 緊急の場合の連絡先(平日・休日・祝祭日)とも邑南町社会福祉協議会 TEL 0855-84-0332

上記のとおり、福祉車両〔リフトバス〕の利用を申し込みます。

令和 年 月 日

申込者住所 邑南町

申込者氏名 _____ 印

申込者電話 0855- -

決 裁	会 長	事務局長	総務課長	地域福祉課長	受付担当