

令和 年 月 日

石岡市保健福祉部高齢福祉課長 宛

代表者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

### 公共的団体等福祉バス使用協議書

① 福祉バス使用内容	利用団体名	_____		
	事業名	_____		
	行き先	_____		
	希望するバス	<input type="checkbox"/> 本庁福祉バス		<input type="checkbox"/> 支所福祉バス
	予定走行距離	_____ km		*片道200km以内
	利用人数	幼児 _____ 人	児童 _____ 人	大人 _____ 人
② 使用希望日時	第1希望日	令和 年 月 日 ( )		
	第2希望日	令和 年 月 日 ( )		
③ 事業概要・利用目的等	_____			
④ 当該活動の収支予算 (民間バスを利用した場合にかかる費用及びそれによる参加者負担額等)	(収入)	_____		
	(支出)	_____		
⑤ 見積書・予算書・行程表など添付	_____			
⑥ 回 答 期 日	_____			
⑦ 連合会組織がある場合はその名称	_____			
⑧ 所管課長確認欄	(所管課名)	_____		
	(職氏名)	_____ 印		

※⑦⑧は団体所管課が記入してください。

様

令和 年 月 日

石岡市保健福祉部高齢福祉課長

回 答 意 見	_____
---------	-------