

様式 1

ハンディキャブ利用申込書（貸出用）

公益社団法人横浜市身体障害者団体連合会
横浜市障害者社会参加推進センター長 宛

私は、次のとおりハンディキャブの利用を申し込みます。
なお、ハンディキャブ借り受けにあたっては、レンタカー会社の貸渡約款を誠実に履行いたします。

年 月 日

申込者 住所 〒 _____

ふりがな

氏名 _____

☎

ふりがな

障害者氏名 _____

		利 用 日 時				利用時間	予定利用料金		
借受日時	年 月 日 () 時 分	時間				_____ 円			
返還日時	年 月 日 () 時 分	分							
利用目的									
行き先									
乗車人数	車椅子等使用者				その他障害者		介助者	運転手	合 計
	自走式	電動式	介助式	ストレッチャー	身 体	その他			
	人	人	人	人	人	人	人	人	人
運転ボランティア紹介の有無	有 ・ 無 ※「有」の場合以下記入、「無」の場合は貸出営業所に○印								
適当な運転ボランティアが見つからなかった場合の措置	その場合ハンディキャブの利用を 希望する ・ 希望しない								
運転ボランティア不要の場合は、レンタカー貸出・返却営業所を選択して○印をつけてください。	新横浜 ・ 関 内								
行程等	迎車場所（自宅・自宅以外 名称 _____ 住所 _____）								
	迎車・出発 時間（ _____ 時 _____ 分）								
	現地到着希望時間（通院の場合は予約時間等）（ _____ 時 _____ 分）								
	現地出発予定時間 _____ 時 _____ 分 帰着予定時間 _____ 時 _____ 分								
	当日連絡先電話番号 _____								