

ハンディキャブ利用申込書（運行用）

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。

年 月 日

車椅子使用者 登録番号【 】

ふりがな
氏名

住所 〒

☎

連絡先

ふりがな
氏名

☎

	利 用 日 時				利用時間	予定利用料金
乗車日時	年	月	日 ()	時 分	時間 分	_____ 円
降車日時	年	月	日 ()	時 分		
乗車場所	自宅・自宅以外 [_____]					
経由場所						
降車場所	自宅・自宅以外 [_____]					
乗車人数	車椅子等使用者				介助者	合 計
	自走式	電動式	介助式	ストレッチャー		
	人	人	人	人	人	人
利用目的						

※事務局使用欄（上記利用申込を承認できない場合には、その理由を記入して返送します。）

承認	() ご希望の時間はすでに予約で埋まっており、配車できません。
できない	() 利用者多数のため抽選となり、その結果落選となりました。
理由	() その他 [_____]