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。

20　　　年　　　月　　　日

申込者　　住所　〒

　　　　　 ☎

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 利　　用　　日　　時 | | | | | | | | 利用時間 | | | 予定利用料金 | |
| 借受日時 | 20 　年　　月　　日（　　） 　 時 分 | | | | | | | | 時間  日 | | | 円 | |
| 返還日時 | 20 年　　月　　日（　　） 時 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 | | | | | | | | | | | | |