様式３

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【　　　　　　　　】

　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　☎

連絡先

　　　　　　　　　　☎

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 認できない理 由 | （　　）ご希望の時間はすでに予約で埋まっており、配車ができません。（　　）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。（　　）その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |