

別記様式第 1 号

決 裁	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	運転者

〔使用条件〕
 路線バスの代替車として使用する必要が生じた場合は、使用許可を取り消すことがあります。

福祉バス（定員 26 名・運転手含み）使用許可申請書						
						令和 年 月 日
西川町福祉バス管理主管課長 （町民税務課長） 殿				申請者		印
使用目的						乗 車 人 数
						人
運行日時	令和 年 月 日	時 分 ~ 時 分（計 時間）				
運行経路	経路					
	時刻	-----				
	経路					
	時刻	-----				
賃金等支払い団体	（ で囲む） ・町予算より支出（予算計上有） ・各種団体会計より支出					
引率責任者氏名	連絡先電話番号					

福祉バス使用許可証	
令和 年 月 日	
上記申請の福祉バスの使用を許可する。	
西川町福祉バス管理主管課長（町民税務課長）	