

福祉バス 送付・送信票

送信先	豊交通株式会社 御中		
TEL	028-648-2864	FAX	028-616-2163
送信年月日	令和 年 月 日()		



発信者(申込者)

団体名

【住 所】〒

【代表者名】

TEL : FAX :

E-MAIL :

送信枚数 (本紙を含む) 枚

標 題	宇都宮市障がい者福祉バス事業(中型バス)利用申込
・利用希望日	令和 年 月 日()
・利用団体名	
・添乗責任者名	
・連絡先	
・行先(未定でも可)	
・利用人数	名
・車いす利用	名
※車いすは最大2名まで固定して乗車することができます。	
※内容を確認し次第, お電話いたします。	

記載例

福祉バス 送付・送信票

送信先	豊交通株式会社 御中		
TEL	028-648-2864	FAX	028-616-2163
送信年月日	令和5年4月1日(金)		



発信者(申込者)

団体名 **宇都宮市役所**

【住所】〒320-8540
宇都宮市旭1丁目1番5号

【代表者名】**佐藤 栄一**

TEL : **632-2229** FAX : **636-0398**

E-MAIL : **u1904@city.utsunomiya.tochigi.jp**

送信枚数 (本紙を含む) 1 枚

標 題	宇都宮市障がい者福祉バス事業(中型バス)利用申込	
・利用希望日の6ヶ月~1ヶ月前にお申込みができます。		
・初めて利用される方は、宇都宮市障がい福祉課自立支援グループ(632-2229)までお問い合わせください。		
・利用希望日	令和5年10月1日(土)	
・利用団体名	宇都宮市役所	
・添乗責任者名	佐藤 栄一	
・連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	緊急時等に添乗責任者に繋がりやすい番号を御記入ください。
・行先(未定でも可)	未定	大まかな行先が決まっていれば、御記入ください。(鹿沼市方面など)
・利用人数	30名	利用実態に合わせた車両を御提供するため、確定した人数を御記入ください
・車いす利用	2名	
※車いすは最大2名まで固定して乗車することができます。		
※内容を確認し次第、お電話いたします。		