|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属長 | 係　長 | 係 | 担　当 |
|  |  |  |  |

様式第5号（第5条関係）

利用申請書

　　令和　　年　　月　　日

栃木市社会福祉協議会会長　様

利用申請者　　住　所　栃木市

氏　名

連絡先

車椅子移送車を利用いたしたく申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用車椅子  移送車 | （自動車登録番号）  とちぎ　５００　の　７４０９ |
| 運転者 | 名　前 連絡先  住　所  免許証番号 　　　□（免許証確認） |
| 同乗者  （助手席） | 氏　名  住　所 連絡先 |
| 利用期日 | 年　　　月　　　日　　午前・午後　　　時　　　分から  年　　　月　　　日 　 午前・午後 時　　　分まで |
| 目的地 | 例：〇〇病院（〇〇市） |
| 利用内容 | 例：通院 |
| 備　考 |  |

※ 貸出期間 3日以内まで　時間8：30～17：00まで

様式第6号（第9条関係）

《車椅子移送車点検表》

※この点検票は、貸出時点と返却時点における車椅子移送車の状況を確認し、トラブルを未然に防止することを目的とします。運転には十分注意していただくよう伝え、事故等が起こった場合は、必ず報告を受けてください。

※点検した項目に☑を記入してください。また、異常があった場合には内容を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 点検内容 | 出庫 | 入庫 | 点検内容 | 出庫 | 入庫 |
| １　車体 |  |  | 前照灯 ５　ウインカー 　　スモールランプ |  |  |
| ２　タイヤ |  |  | テールライト ６　ウインカー 　　ブレーキランプ |  |  |
| ３　清掃 |  |  | ７　昇降スロープ |  |  |
| ４　燃料計 |  |  | ８ |  |  |
| 備　　考 | ※車輌の状態や走行時に気になった点について、報告を受けてください。 | | | | |

確認者氏名　　　（出庫時）　　　　　　　　　　　　／

（入庫時）　　　　　　　　　　　　／

（燃料領収書　貼付欄）