

大町市高齢者外出応援号利用（変更）申込書

大町市長 殿

申込日 年 月 日

申込団体	団体名	
	代表者住所	
	代表者氏名連絡先	☎ 電話 - -

大町市高齢者外出応援号の利用（変更）を下記のとおり申し込みます。

利用計画	事業名(目的地)	
	利用希望日	年 月 日 曜日
	乗車人数	名 (うち65歳以上 名)
	費用負担見込	乗車人数 名 × 200円 = 円
	運行予定	運行経路及び時間
	出発時間・出発場所 経由場所・目的地 到着(予定)時間	
	備考	

- ※ バスの乗車予定人数は、大型50名・中型28名・小型20名（補助席未使用）が目安となります。
- ※ 費用負担は、[ 実利用人数（片道だけの乗車でも1名） × 200円 ] となります。
- ※ バス及び乗務員を予約手配しますので、悪天候等での中止は、早めのご判断をお願いします。
- ※ 主催者及び参加者の都合による直前の取消しについては、実費負担を求める場合があります。

福祉課 処理欄									
受付	バス予約	・	・	担当	係長	課長			
	バス種別	大	・				中	・	小
	決定通知	・	・						