

大阪障害者自立支援協会リフト付きバス助成申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人
大阪障害者自立支援協会
理事長 草 川 大 造 様

所在地
団体名
代表者名 ⑩
電 話
F A X

利 用 日		利用時間（配車～降車）
1 日 目	月 日 （ ）	時 分 ～ 時 分
2 日 目	月 日 （ ）	時 分 ～ 時 分

行 先 (行程を含む)		利 用 目 的	
利用人数 (総人数)	人	障がい者の内訳	
		車椅子利用者	人
		その他の障がい者	人
備 考			受付印

※添付書類：運送申込書若しくはリフト付きバスの借上げを証する書類