

【高齢者団体の方】

宛先：新潟市役所 高齢者支援課 福祉バス担当 行
FAX番号：025-222-5531 このまま送信してください。

福祉バス予約応募票（FAX用）

送信日： 年 月

団体名			
代表者住所	〒		
代表者氏名			
代表者連絡先			
FAX番号 (必須)	※福祉バスの抽選結果についてはこちらのFAX番号へ返信いたします。		
利用バスの種類 (○で囲む)	・リフトバス (21人乗り+車いす利用者2席) 最少運行人数 10人	・中型バス (45席) 最少運行人数 20人	リフトの使用 する・しない
希望利用日	第1希望	年 月 日 (曜日)	
	第2希望	年 月 日 (曜日)	
	第3希望	年 月 日 (曜日)	
	第4希望	年 月 日 (曜日)	
	第5希望	年 月 日 (曜日)	
利用予定人数	人		
通信欄			

市役所受付欄

--