館長	担当	担当

決済日：令和　　年　　月　　日

京都市重度身体障害者移動支援事業利用申請書・決定通知書

申請日：令和　　年　　月　　日

京都市重度障害者移動支援事業の利用を次のとおり申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">申請者氏名</td><td></td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請団体</td><td>名称</td><td>会員数（　　名）</td><td>代表者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td><td>電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望日・時間</td><td>令和　　年　　月　　日（　　）</td><td>時　間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者人数</td><td>名（身体障害者手帳所持者　　名）</td><td colspan="2">（内）車椅子リフト固定</td><td>名</td></tr>
<tr><td colspan="2">車椅子貸出</td><td colspan="4">台　※車椅子リフト固定を2台分使用している際は、他の車椅子を搭載するスペースはありません。</td></tr>
<tr><td colspan="2">移動経路
※具体的な場所をお書き下さい</td><td colspan="4">集合場所（　　時　　分　　）・（　　時　　分　　）
<table>
<tr><td>時間・行先</td><td>時　　分</td><td></td><td>待機／有・無</td></tr>
<tr><td>時間・行先</td><td>時　　分</td><td></td><td>待機／有・無</td></tr>
<tr><td>時間・行先</td><td>時　　分</td><td></td><td>待機／有・無</td></tr>
<tr><td>時間・行先</td><td>時　　分</td><td></td><td>待機／有・無</td></tr>
</table>
解散場所（　　時　　分　　）・（　　時　　分　　）
利用当日の責任者の連絡先（氏名：　　／携帯番号：　　－　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">利用目的
※行事名等具体的にお書き下さい</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備考欄</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>