

回 議			
会長	事務局長	係	担当

様式第1号（第5条関係）

車輛利用申請書

年 月 日

社会福祉法人函南町社会福祉協議会

会 長 様

申 請 者 住所 _____

(利用責任者) 氏名 _____ 印

以下のとおり、身体障害者移送車両の利用を申請致します。

車椅子等 利用者	氏 名		電話番号	—
	住 所	〒 — 函南町		
運 転 者	氏 名	(運転免許証の写しを添付)		
	住 所			
運転ボラ ンティア の 希 望	有 ・ 無	介助者氏名		
		希望理由	※ 運転Vはリフト操作と運転です	
利用日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分から			
	年 月 日 () 午前・午後 時 分まで			
目的地到着時間 (病院等予約時間)		午前・午後 時 分		
利用目的				
主 な 行 き 先	(片道・往復)			
利用人数	人	貸出器具	車椅子(個人・社協)	

身体障害者移送用車両利用上の注意事項

- 1 身体障害者移送用車両（以下「車両」という。）は、社会福祉法人函南町社会福祉協議会（以下「社協」という。）が管理する函南町民の共有財産です。大切に使用して下さい。
 - 2 使用中は、交通ルールを守り、常に安全運転を心掛けてください。
また、目的地における駐車場や、待ち合わせ場所の確保は申請者が行き、他の迷惑にならないようにして下さい。
 - 3 車両の燃料費は、実費をご負担ください。（満タンにして返却して下さい。）
ただし、近距離（町内及び、三島市・熱海市・伊豆の国市方面）の場合は燃料補給を免除します。
 - 4 申請者は、車両利用責任者です。利用内容に変更を生じた場合、速やかに社協へ連絡し指示に従って下さい。
また、車両の他者への転貸、営利を目的とした使用は認めません。
 - 5 運転者は、運転免許取得後1年以上で、年齢が21歳以上の方に限ります。
 - 6 車両の返却にあたっては、車両の清掃を行い、異常箇所など気づいたことがあれば社協へ報告して下さい。
 - 7 事故が発生したときは、法令等に基づく処理を適切に行った後、速やかに社協に連絡し指示したがって下さい。（「事故が起きたときは」参照）
なお、事故の内容によっては、今後の貸出しを認めないことがあります。
 - 8 車両の利用中に発生した事故に対する補償は、車両が加入している自動車損害賠償責任保険及び任意保険の範囲内とし、**保険の対象にならない損害賠償等一切の責任は、すべて申請者で負担していただきます。**
- | | | |
|-------------|-------------|---------|
| 任意の自動車保険の内容 | (1) 対人補償 | 無制限 |
| | (2) 対物補償 | 3,000万円 |
| | (3) 搭乗者障害補償 | 1,000万円 |
| | (4) 人身障害補償 | 5,000万円 |
| | (5) 車両補償 | 時価額 |
- 9 故障が発生したときは、速やかに社協に連絡し、指示に従ってください。
 - 10 運転ボランティアは、基本的には車の運転とリフト操作のみで、利用者の介護は原則として出来ません。必ず介助者又は家族等が同乗して下さい。
 - 11 上記の内容に同意いただけない場合は、利用を認めません。

社会福祉法人函南町社会福祉協議会

〒419-0107

田方郡函南町平井717-28

函南町保健福祉センター内

TEL (055) 978-9288・fax (055) 979-5212