

利用料金

下記の表に基づき、貸出手数料及び燃料代をお支払いください。

料金の精算は、返却時若しくは、後日社会福祉協議会へ来所いただきお支払いください。

お振込みを希望の場合は、事務局にご連絡ください。ただし、領収書は基本的に発行しません。

なお、1ヶ月を過ぎてもお支払いいただけていない場合は、こちらからご連絡させていただきます。

貸出手数料	1日当たり	350円
-------	-------	------

燃料代一覧表			
0km～30km	1kmにつき30円		
31km～35km	950円	81km～100km	1,300円
36km～40km	1,000円	101km～120km	1,350円
41km～45km	1,050円	121km～150km	1,400円
46km～50km	1,100円	151km～180km	1,450円
51km～60km	1,150円	181km～210km	1,500円
61km～70km	1,200円	211km～240km	1,550円
71km～80km	1,250円	241km～	満タン返し

※貸出中に、燃料の補給をしなければならない場合、その際の領収書を持って事務局へ提出ください。社会福祉協議会で清算いたします。

※駐車場代金・高速代金等は、利用者負担となります。

保険及び事故について

1. 車両に対し、任意保険をかけています。事故の際は、通常の手続き（救急・警察へ連絡）を踏んでください。また、社会福祉協議会までご連絡をお願い致します。

2. 事故に際し、故意や重過失がある場合は、利用者による賠償の責任を負っていただきます。

その他

1. ゴミは、各自でお持ち帰りください。

2. 感染症をお持ちの方は、予約時にお申し出ください。

(様式第2号)

平成21年3月2日

ハンディバン貸付登録証

我孫子市社会福祉協議会
会長 飯島 守

下記の者に対しハンディバンの貸出を許可します。

申請者 _____

有効期限 平成24年3月31日

予約の方法

1. 貸出日の2ヶ月前から予約できます。電話で予約してください。
我孫子市社会福祉協議会移送事務所 電話 7185-5303
2. キャンセルの場合は、速やかにご連絡ください。
3. 申込書に記載された利用者を対象としています。他の方での貸出は出来ません。また、利用目的が異なる場合は、予約時に申し出てください。

貸出期間

月に4回まで、1回当たり2日以内です。

貸出車両

1. 小型車椅子移送車 マツダAZワゴン i
(軽自動車 650cc の特殊車) 普通乗車 2名+車イス 1名
 2. 小型車椅子移送車 マツダデミオ i
(小型自動車 1300cc の特殊車) 普通乗車 2名+車イス 1名
- ※ただし、土日祝日のみの貸出。

貸出時及び返却時の手続き

1. 貸出時及び返却時が、平日の8:30～16:00の場合は、社会福祉協議会移送事務所で手続きを行います。
2. 貸出時及び返却時が、土日祝日の場合は、我孫子市役所 守衛室で手続きを行います。
3. 貸出の際、「カギ」と「運行日誌」を受取ってください。「運行日誌」へ必ず記入してください。

ハンディバン貸付登録申込みにおける確認事項

「我孫子市社会福祉協議会ハンディバン貸付事業実施要領」における、貸出利用対象者第3条第1項(1)の一般の交通機関を利用することが困難な者、利用目的第4条第1項の要件確認にあたっては、以下の項目により確認する。

項目	貸出要件確認事項	貸出判定	「いいえ」の説明
1	利用希望者（歩行困難者）は、我孫子市に居住ですか？	はい ・ いいえ	
2	利用希望者（歩行困難者）は、乗車中においても車いすを使用しますか？	はい ・ いいえ	
3	利用目的は、病院の入・退院時および通院時の利用、車イスに乗ったままでの買い物・外出、公民館講座や習い事、公共機関における手続きなどですか？	はい ・ いいえ	
4	運転者が利用希望者（歩行困難者）の親族以外の場合には、無償の運転ボランティアとしての活動ですか？	はい ・ いいえ	

確認事項につき以上のとおり回答します。

平成 年 月 日

申請者 ()

全項目の貸出判定が「はい」の判定となった者に対して、ハンディバン貸付登録申込書の登録を受付け、後日ハンディバン貸付登録証を発行する。

貸出判定に「いいえ」の判定がある者に関しては、ハンディバン貸付登録申込書を仮登録とし受付け、貸出要件を精査し貸出要否の判断をする。

(様式第1号)

ハンディバン貸付登録申込書

申込日 平成 年 月 日

申請者	氏名			利用者との続柄			
	住所	270-11 _____ 我孫子市		電話 (連絡先)			
運転者 (申請者と同じ 場合は「同上」 で結構です。)	氏名			利用者との続柄			
	住所			電話 (連絡先)			
利用者 (歩行困難者)	氏名		年 齢	歳	性別		
	住所	270-11 _____ 我孫子市		電話			
	身体 状況	障害の等級や介護度・病名・身体状況など					
利用目的	行き先、目的など(利用目的以外の使用は禁止。複数可。)						
車イス	①不要 ②必要						
備考						受付者	

※個人の方は、運転免許証のコピーを添付してください。

運転免許証のコピーを添付 《貼り枠》

有効期限(登録後3年間)
平成 年 月 日
整理番号
No.