

「高齢者福祉バス」の利用について

〈予約申込にあたって〉

運転手配置等の観点から、各利用月について申込期限日後の予約はいたしかねます。
ただし、抽選により落選となった団体のみ、空き状況により、再申込を受付します。

〈予約申込〉

高齢者福祉バスの予約については、はがき・FAX、電子申請、市役所・各支所窓口でお申込みください。

※申込期限日(10日)が土・日・祝日の場合は、直前の営業日(平日)まで。

(例)10日が日曜日の場合は、8日(金)まで

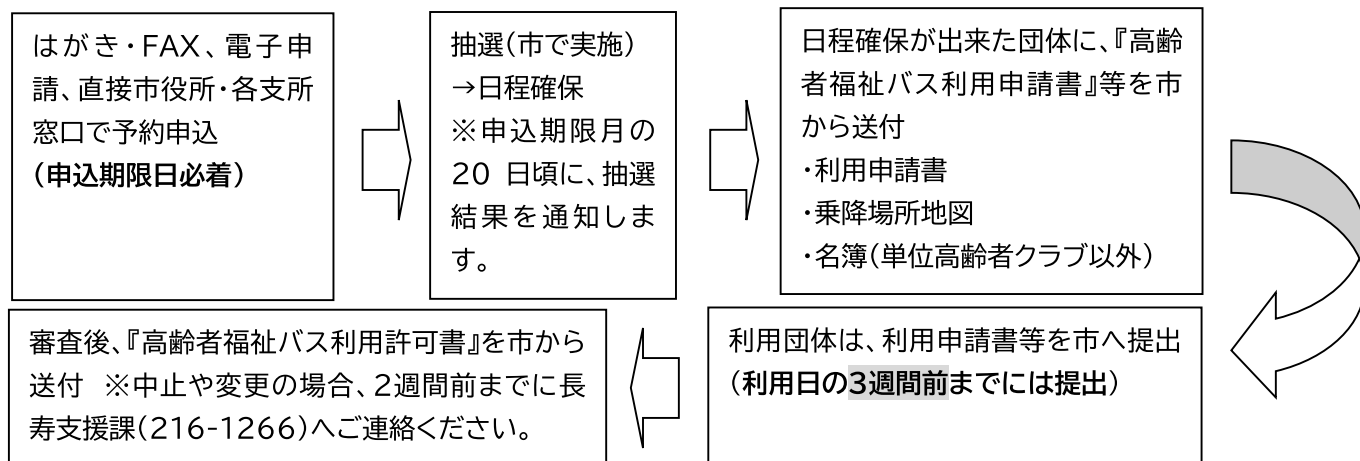
利用月	申込期限日
6-7月分	4月10日
8-9月分	6月10日
10-11月分	8月10日
12-1月分	10月10日
2-3月分	12月10日
4-5月分	2月10日

※希望日が他の団体と重複する場合は、長寿支援課で抽選を行います(高齢者クラブが優先されます)。

※例年10月～11月の利用月は、お申込みが集中しますので、

当該期間以外でのご利用につきましてもご検討くださいますようお願い申し上げます。

〈予約申込から利用許可までの流れ〉



※施設見学の場合の施設への予約・駐車場の確保等は各団体で行ってください。

〈利用料金〉 無料

※フェリー料金・駐車場料金・施設入場料・有料道路通行料等は、各団体の負担になります。

※自動車保険（任意保険）は加入していますが、バスに乗車していない間の事故に対する傷害保険等への加入については各団体の判断でお願いします。

① 利用対象者

高齢者福祉バスを利用できる方は、次のとおりです。

1. 本市に登録した高齢者クラブの会員で、各種研修会、講習会、大会、施設見学、スポーツ、レクリエーションその他高齢者クラブ間の交流行事への参加者
2. 本市の町内会、ボランティアグループ等の団体で、施設見学、スポーツ、レクリエーションその他の事業のうち、60歳以上の高齢者10人以上が参加する事業への参加者(名簿を提出していただきます。)

※参加者は本市在住の者に限る。

② 運行時間及び利用時間

福祉バスの運行時間は、**9時30分～16時30分**までですので、この時間内におさまるよう無理のない計画をお願いします。

※利用できない日

- ・年末年始(12月29日～1月3日)
- ・車両整備日(車検日、定期点検日)
- ・委託引継期間(4月1日～5日)

③ 利用定員

ゆうかり号 45人(補助席8人を含む)

④ 運行範囲

鹿児島県内(離島を除く)

⑤ 申込方法

申込期限日までに、直接市役所・各支所窓口で申込用紙をご記入いただくか、はがき・FAXなどに団体名、団体の代表者(郵便番号、住所、氏名、電話番号)、利用希望日、利用予定人数を書いて、鹿児島市長寿支援課へ送付してください。(期限日必着)※電子申請もご利用いただけます。

電子申請システム(LoGoフォーム)

<https://logoform.jp/form/hrtq/1212012>



左のQRコードを携帯電話で読み込んでください。

※必要事項を入力後、必ず確認ボタンを押して、受付完了メールを確認してください。

- 1 「利用予定人員」は、必ず記入してください。

高齢者福祉バスは45人乗り(ゆうかり号)の1台を運行しています。

- 2 利用希望日が重複した場合の抽選は高齢者クラブからの申込みを優先します。

⑥ 記入方法

記入例 1 : 2か月の間に1回だけ利用希望の場合

宛名欄(表面)

通信面(裏面)

63	〒892-8677	
	鹿児島市長寿支援課行	山下町11番1号

1. 申込団体名(単位高齢者クラブの場合は、設立番号も記入)
〇〇高齢者クラブ(設立番号〇〇〇)
2. 団体の代表者の郵便番号・住所・氏名・電話番号
〒〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島市〇〇町〇〇-〇
代表 〇〇 〇〇〇 099-〇〇〇-〇〇〇〇
3. 高齢者福祉バスの利用希望日
(1回のバス利用に対して、第三希望まで記入可能)
例: 第一希望 〇月 〇日()
第二希望 〇月 〇日()
第三希望 〇月 〇日()
4. 利用予定人員
〇〇人利用予定

利用予定人数を必ず記入してください。

記入例 2 : 2か月の間に複数回利用希望の場合

宛名欄(表面)

通信面(裏面)

63	〒892-8677	
	鹿児島市長寿支援課行	山下町11番1号

1. 申込団体名(単位高齢者クラブの場合は、設立番号も記入)
〇〇高齢者クラブ(設立番号〇〇〇)
 2. 団体の代表者の郵便番号・住所・氏名・電話番号
〒〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島市〇〇町〇〇-〇
代表 〇〇 〇〇〇 099-〇〇〇-〇〇〇〇
 3. 高齢者福祉バスの利用希望日と利用人数
(1回のバス利用に対して、第三希望まで記入可能)
- | | 〇 月 | 〇 月 |
|--------|---------|---------|
| 第一希望 | 〇 日() | 〇 日() |
| 第二希望 | 〇 日() | 〇 日() |
| 第三希望 | 〇 日() | 〇 日() |
| 利用予定人数 | 〇〇人利用予定 | 〇〇人利用予定 |

利用予定人数を必ず記入してください。

【予約・問い合わせ先】

鹿児島市長寿支援課 生きがい支援係

TEL 099-216-1266・FAX 099-224-1539

メールアドレス: chouju-iki@city.kagoshima.lg.jp

高齢者福祉バス窓口用申込書(FAX 099-224-1539)

1. 申込団体名

・設立番号 _____(単位高齢者クラブのみ記入)

フリガナ

・団体名 _____

2. 団体の代表者の郵便番号・住所・氏名・電話番号

・郵便番号 〒 _____

・住 所 _____

フリガナ

・氏 名 _____

・電話番号 _____

3. 高齢者福祉バス利用希望日

・第一希望日 _____月 _____日(_____曜日)

・第二希望日 _____月 _____日(_____曜日)

・第三希望日 _____月 _____日(_____曜日)

4. 利用予定人員

_____人利用予定

FAX 送信後、行き違い防止の為、確認のお電話をお願いします。(TEL:099-216-1266)