

# 「高齢者福祉バス」の利用について

## 〈予約申込にあたって〉

令和6年度より、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不可となります。**

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、申込期限月の月末まで予約を受付します。**

## 〈予約申込〉

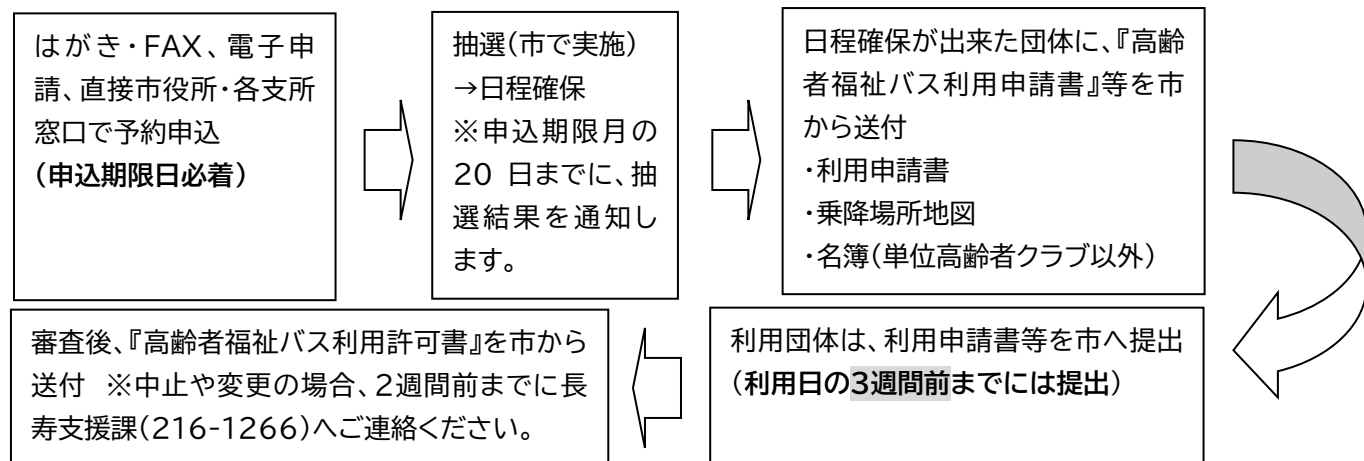
高齢者福祉バスの予約については、はがき・FAX、電子申請、市役所・各支所窓口でお申込みください。

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13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します)。

※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. 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. 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(45人乗りバスにおいては20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。)

## 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、この範囲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)
- いぬまき号 27人(補助席6人を含む)
- つわぶき号 24人(補助席4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(希望バス)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。

鹿児島県電子申請共同運営システム(e(いー)申請)

<https://shinsei.pref.kagoshima.jp/PKnxkCCa>



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(利用希望バス)」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)・27人乗り(いぬまき  
号)・24人乗り(つわぶき号)の3台を運行しています。ご希望に添えないこともございますので、ご了承ください。
- 2 利用希望日が重複した場合の抽選はバスごとに行います。その際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 鹿見島市長寿支援課行 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) ○○高齢者クラブ(設立番号○○○)  2. 団体の代表者の郵便番号・住所・氏名・電話番号 〒○○○-○○○○ 鹿見島市○○町○○-○ 代表 ○○ ○○○ 099-○○○-○○○○  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 ○月 ○日( ) 第二希望 ○月 ○日( ) 第三希望 ○月 ○日( )  4. 利用予定人員(利用希望バス) ○○人利用予定(○○人乗り希望)

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 鹿見島市長寿支援課行 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) ○○高齢者クラブ(設立番号○○○)  2. 団体の代表者の郵便番号・住所・氏名・電話番号 〒○○○-○○○○ 鹿見島市○○町○○-○ 代表 ○○ ○○○ 099-○○○-○○○○  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) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>○月</th> <th>○月</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第一希望</td> <td>○日( )</td> <td>○日( )</td> </tr> <tr> <td>第二希望</td> <td>○日( )</td> <td>○日( )</td> </tr> <tr> <td>第三希望</td> <td>○日( )</td> <td>○日( )</td> </tr> <tr> <td>利用予定人数 (希望バス)</td> <td>○○人利用予定 (○○人乗り希望)</td> <td>○○人利用予定 (○○人乗り希望)</td> </tr> </tbody> </table>		○月	○月	第一希望	○日( )	○日( )	第二希望	○日( )	○日( )	第三希望	○日( )	○日( )	利用予定人数 (希望バス)	○○人利用予定 (○○人乗り希望)	○○人利用予定 (○○人乗り希望)
	○月	○月															
第一希望	○日( )	○日( )															
第二希望	○日( )	○日( )															
第三希望	○日( )	○日( )															
利用予定人数 (希望バス)	○○人利用予定 (○○人乗り希望)	○○人利用予定 (○○人乗り希望)															

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】

鹿見島市長寿支援課 生きがい支援係

TEL 216-1266・FAX 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(利用希望バス)

\_\_\_\_\_ 人利用予定 ( \_\_\_\_\_ 人乗り希望)

※バスは45人乗り、27人乗り、24人乗りの計3台がございます。

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:216-1266)