

障害者福祉バス利用要領

1 目的

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター（以下「センター」という。）は、在宅の障害者の社会参加を促進するため、障害者福祉バス（以下「福祉バス」という。）を設置し、次の事業に障害者が集団で参加することが容易になるように運行するものとする。

- (1) 各種講習会及び研修会等
- (2) スポーツ大会
- (3) レクリエーション
- (4) 県が実施する事業
- (5) その他障害者の福祉の増進を図るための事業

2 福祉バスの利用団体の条件

- (1) 障害者及びその介護者の合計人数が10人以上の障害者の団体
- (2) 障害者総合支援法の指定事業者が実施する事業を除き、センター所長が、福祉バスの利用が適当と特に認めた障害者の団体

3 福祉バスの利用回数

- (1) 年間45回とし、上半期22回分、下半期23回分をそれぞれ募集する。
ただし、上半期の利用回数が利用可能枠に満たなかった場合は、利用可能枠の残回数を下半期に繰り越す。
- (2) 原則として1団体につき1年度内2回以内とし、1泊2日の利用の場合は、それを2回と算定する。
ただし、センター所長が特に必要と認めた場合はこの限りではない。

4 福祉バスの走行距離及び運行時間

1日の走行距離は原則550キロメートル未満とし、運行時間は午前5時から午後10時までの間とする。（「走行距離」「運行時間」とは、福祉バスの保管場所を出発し、保管場所又は宿泊地へ到着するまでの時間をいう。）

5 福祉バスの応募手続き

福祉バスを利用するためには、次により応募し、抽選後に申し込みをすること。

(1) 応募期間

- ア. 利用する年度を上半期（利用日が原則4月15日～9月30日）と下半期（利用日が10月1日～翌年3月31日）とする。
- イ. 応募受付期限は、上半期は2月末日、下半期は7月末日。（ただし、当日が土日祝に当たる場合は、その直前の平日とする。）

(2) 応募方法

- ア. 障害者福祉バス利用応募用紙（別記様式第1号）に記入のうえ受付期限までに下記の申込先へ提出する。（FAX可。ただし、電話等で必ず正常に送信されたか確認のこと。）
- イ. 上半期で2回（1泊2日または2日間）の利用が決定した場合は、下半期の申し込みはできない。

6 利用団体の決定

(1) 抽選

- ア. 応募数とその期の利用可能回数を超える場合または利用日が重複した場合は、抽選とする。
- イ. 利用団体決定は、当選順とし、次点以降についても優先順位を決定する。利用日重複の場合、次点以降の団体は、日程変更が可能な場合に限り当選とする。
- ウ. 利用団体決定後、キャンセルが発生した場合は、予め決められた優先順位に基づき、センターから順次次点以降の団体に連絡するものとする。

(2) 決定の通知

応募した団体で、利用が決定した団体（以下「利用団体」という。）には、上半期は3月中旬、下半期は8月中旬頃に通知する。

7 福祉バスの利用の停止

不正な手段または虚偽の応募により福祉バスを利用した場合は、その事実が判明した時から1年間応募及び利用することができない。

8 福祉バスの申込手続き

利用団体は、次のとおり申し込み、センター所長の承認を受けるものとする。

(1) 申込期間 利用日の14日前までとする。

(※利用日を応募時の日程から変更する場合、既に決定している他の利用団体の利用日程と重なる変更はできない。)

(2) 申込方法 必ず申込期間内に障害者福祉バス利用申込書(別記様式第2号)に、利用計画書(別記様式第3号)及び利用者名簿(別記様式第4号)を添付して下記に申し込むものとする。

(3) 申込先 〒641-0014 和歌山市毛見1437-218

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター

TEL (073)445-5311 FAX (073)446-0036

(4) 利用承認 書類審査後、障害者福祉バス利用承認書(別記様式第5号)を申込団体代表者あてに交付する。

(5) 利用報告 福祉バス利用後1週間以内に福祉バス利用報告書(別記様式第6号)をセンター所長へ提出するものとする。

9 費用負担

福祉バスの運行に要する費用のうち次のものについては、利用団体が負担するものとする。

(1) 燃料費

(2) 高速道路及び有料道路等の通行料金

(3) 駐車場料金

(4) 運転手の宿泊料金(夕食及び朝食代を含む。)

(5) キャンセル料

10 遵守事項

福祉バスの利用にあたっては、次の事項を遵守しなければならない。

(1) 団体の中から必ず乗車責任者1名をおくこと

(2) 福祉バスの走行中は、シートベルトを着用すること

(3) 安全運行のために乗務員の指示に従うこと

(4) 未成年者については、保護者または保護者の同意のもとに乗車責任者と乗車させること

(5) 規律ある団体行動を行うこと

(6) 故意または重大な過失による福祉バスの備品等の破損は、利用団体が弁償すること

(7) リフト操作に伴う介助及び車内での車椅子の固定、利用者の安全確保は、利用団体の責任において行うこと

11 運行の中止

次のいずれかに該当する場合は、福祉バスの運行を中止することがある。

(1) バスの整備上、運行に支障があると認められるとき

(2) 災害等により運行が著しく危惧されるとき

(3) 乗車責任者が乗車しないとき

(4) 申し込み時の計画と異なるとき

(5) 遵守事項に違反したとき

12 その他

- (1) 利用者の遵守事項等に著しく違反するなど利用に際して不適切な行いのあった団体には、以後の利用を承認しない場合がある。
- (2) 利用者の不注意または乗務員の指示に従わない場合の事故若しくは疾病等は、本人及び乗車責任者の責任とする。
- (3) 上記11により運行を中止した場合に発生する損害等については、和歌山県は責任を負わない。

附則

- 1 この要領は、平成14年4月1日から施行する。
- 2 この要領は、平成18年4月1日から施行する。
- 3 この要領は、平成21年4月1日から施行する。
- 4 この要領は、平成22年4月1日から施行する。
- 5 この要領は、平成24年1月1日から施行し、平成24年4月1日以降の利用から適用する。
- 6 この要領は、平成25年1月1日から施行し、平成25年4月1日以降の利用から適用する。
- 7 この要領は、平成26年1月1日から施行する。
- 8 この要領は、平成27年1月1日から施行する。
- 9 この要領は、平成28年1月1日から施行し、平成28年4月1日以降の利用から適用する。
- 10 この要領は、平成29年1月1日から施行し、平成29年4月1日以降の利用から適用する。
- 11 この要領は、平成30年1月1日から施行し、平成30年4月1日以降の利用から適用する。
- 12 この要領は、平成31年1月1日から施行し、平成31年4月1日以降の利用から適用する。

(別記様式第1号)

障害者福祉バス利用応募用紙

平成 年 月 日

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 総務企画課 あて

利用団体名：

所在地：〒

電話番号：

代表者名：

障害者福祉バスを利用したいので、次のとおり応募します。

利用日 (利用予定日)	平成 年 月 日 () から 平成 年 月 日 () まで	日間 利用
行 先		
利用目的		
利用予定人員	障害者 名 (うち車いす常用者 名) 介護者 名 リフト使用 有 ・ 無 合計 名	
日程の変更	・ 可	・ 不可

※ 応募者連絡先

(募集締切後、連絡させていただきますので必ずご記入願います)

氏 名：

住 所：〒

電話 / FAX：

(別記様式第2号)

障害者福祉バス利用申込書

平成 年 月 日

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター所長様

利用団体名：

所在地：〒

電話番号：

代表者名：

印

障害者福祉バスを利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用日	平成 年 月 日 () から平成 年 月 日 () まで 日間利用		
時間	バス配車時刻	時 分	配車場所
	バス出発時刻	時 分	
	バス帰着時刻	時 分	帰着場所
行先			
利用目的			
利用人員	障害者	名	うち車いす常用者 名
	介護者	名	リフト使用 有 ・ 無
	合計	名	
乗車責任者	住所 〒		
	氏名	印 TEL	
宿泊の有無	有 ・ 無	宿泊先名称	
宿泊先住所			宿泊先TEL — —
受付年月日	※ 平成 年 月 日	※受付者名	

☆乗車責任者の電話番号は、当日利用可能な緊急連絡ができる番号を記入してください。

※記入しないでください。

利用者名簿

団体名

バス利用日 月 日 から 月 日 (日間)

人員	氏名	年齢	市町村名	障害別 (○印)	車いす常用の有無	備考
1				肢・聴・視・内・知・精・その他		
2				肢・聴・視・内・知・精・その他		
3				肢・聴・視・内・知・精・その他		
4				肢・聴・視・内・知・精・その他		
5				肢・聴・視・内・知・精・その他		
6				肢・聴・視・内・知・精・その他		
7				肢・聴・視・内・知・精・その他		
8				肢・聴・視・内・知・精・その他		
9				肢・聴・視・内・知・精・その他		
10				肢・聴・視・内・知・精・その他		
11				肢・聴・視・内・知・精・その他		
12				肢・聴・視・内・知・精・その他		
13				肢・聴・視・内・知・精・その他		
14				肢・聴・視・内・知・精・その他		
15				肢・聴・視・内・知・精・その他		
16				肢・聴・視・内・知・精・その他		
17				肢・聴・視・内・知・精・その他		
18				肢・聴・視・内・知・精・その他		
19				肢・聴・視・内・知・精・その他		
20				肢・聴・視・内・知・精・その他		
21				肢・聴・視・内・知・精・その他		
22				肢・聴・視・内・知・精・その他		
23				肢・聴・視・内・知・精・その他		
24				肢・聴・視・内・知・精・その他		
25				肢・聴・視・内・知・精・その他		
26				肢・聴・視・内・知・精・その他		
27				肢・聴・視・内・知・精・その他		
28				肢・聴・視・内・知・精・その他		
29				肢・聴・視・内・知・精・その他		
30				肢・聴・視・内・知・精・その他		
31				肢・聴・視・内・知・精・その他		
32				肢・聴・視・内・知・精・その他		

☆ 介護人は、備考欄に○印をつけてください。

(別記様式第5号)

障害者福祉バス利用承認書

平成 年 月 日

申込団体代表者 様

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター所長

平成 年 月 日付けで申し込みのあった障害者福祉バスの利用について、次のとおり承認します。

利用日	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間利用
福祉バス	配車場所： 配車時間： 時 分
	最終降車場所： 帰着時間： 時 分
行先	
利用目的	
利用人員	障害者 名 車いす常用者 名 介護者 名 リフト使用 有 ・ 無 合計 名
乗車責任者	住所： 氏名： Tel
宿泊先	住所： 名称： 電話：
備考	

※本書記載事項に変更が生じた場合は、速やかに和歌山県子ども・女性・障害者相談センター（Tel073-445-5311）まで申し出てください。

(別記様式第6号)

福祉バス利用報告書

平成 年 月 日

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター所長 様

利用団体名				利用者人数		
代表者			乗車責任者			
利用日時	出発年月日・時間	平成	年	月	日	:
	帰着年月日・時間	平成	年	月	日	:
行き先						
利用コース等について 1 利用計画書どおりに運行した 2 利用計画を変更した (変更理由及び内容)						
安全管理について 1 利用者の安全確保が図られた 2 病気・けが等の事故があった (状況)						
その他						

※利用後1週間以内に、下記まで提出してください（ファクシミリ可）。

提出先：〒641-0014 和歌山市毛見 1437-218

和歌山県子ども・女性・障害者相談センター

電話番号：073-445-5311、ファクシミリ番号：073-446-0036

【応募方法】

- 「障害者福祉バス利用要領」 5 福祉バス応募手続き、6 利用団体の決定及び 7 福祉バス利用の停止を参考に応募用紙に記入のうえ、郵送、持参、FAX、メールのいずれかで申込先へ

申込先：〒641-0014 和歌山市毛見1437-218
和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 総務企画課
Tel：073-445-5311 FAX：073-446-0036
Email：e0404021@pref.wakayama.lg.jp

【応募受付期限】

- 上半期は平成31年2月28日（木）、下半期は平成31年7月31日（水）
いずれも当日必着。郵送の場合は、消印有効。

【抽選の方法】

- 抽選日
平成31年度上半期 平成31年3月7日（木）13:00
平成31年度下半期 平成31年8月7日（水）13:00
- 抽選場所 和歌山県子ども・女性・障害者相談センター 1階会議室
- 抽選の方法 公開形式で行う。応募団体の見学は自由。
ただし、抽選会への出席の有無は抽選結果に関係しない。
- 抽選結果 上半期は3月中旬、下半期は8月中旬頃に文書で通知する。
電話での問い合わせは、抽選日以降17時30分まで対応可能。