

障害者福祉バス利用のご案内

～ リフト付き中型バスを「利用料無料」でご利用頂けます ～

<1. 運行日及び運行台数>

平日・・・1台（ふれあい号）

土日祝日・・・2台（ふれあい号・デイサービス号）

【ご利用頂けない日】

1月1日～3日、12月29日～31日、車輛点検日・車検日、広島市主催・共催事業で利用する場合など

<2. 定員>

ふれあい号・・・26人

デイ・サービス号・・・25人

“車いす専用補助席”使用数	最大定員数
0席	24人（21人）
1席	25人（22人）
2席	26人（23人）
3席	25人（24人）
4席	25人（25人）

（ ）・・・デイサービス号

<3. ご利用頂ける団体の条件>

（1）構成員（☆）のうち概ね半数以上・・・

身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けている方、障害児学級又は通級指導教室在籍者で、かつ広島市内に居住されていること

（2）利用人数（乗車人員）・・・10人以上定員以内

（6歳未満の子供・・・3人で大人2人の計算）

（3）学校行事（例：遠足や修学旅行）など、利用目的によってはご利用頂けない場合があります。

☆ 以下の場合は利用要件を確認する対象となる「構成員」には含みません。利用申込書の乗車人員内訳欄においては、「その他」欄に記載して下さい。

- ・ 手帳所持者の兄弟姉妹で小学生以下の方（この場合において保育者が2名いる場合はそのうち1名は構成員に含みません。）例）A（障害者本人） B（小学生の弟） C D（Aの両親）の4人家族の場合 → この家族における構成員は、ACの2名。
- ・ 重度障害（身障：肢体不自由1～3級、療育：マルA、A）のため、障害者1人につき2人の介護人を必要とする場合、2人目の介護人

<4. 利用条件>

- (1) 時間 9時間以内・・・(バスの走行時間の目安：6時間)
- (2) 利用開始～終了時刻 (原則) 午前8時30分から午後5時30分まで
必要に応じ“9時間の範囲内”であれば前後1時間の繰上げ又は繰り下げ可能。
利用開始時刻・・・利用者が最初に乗車を始めた時刻
終了時刻・・・利用者全員が降車した時刻
- (3) 運行距離 一日の利用につき往復350kmまで
- (4) 集合・解散場所 (原則) 1ヶ所
- (5) 連日の利用 最大2日間まで(1泊2日での利用の他に、送迎のみでの利用も可能)

<5. 団体側で負担して頂く費用(現地清算)>

- (1) 燃料費(軽油代)・・・送迎のみの利用の場合はそれぞれ往復に伴う費用
- (2) 有料道路、有料駐車場、フェリーポート等の費用・・・高速道路料金：大型車2番
- (3) 一泊2日での利用の場合は、運転手の宿泊料その他宿泊に要する経費(夕食、朝食代)

☆ その他、運転手への金銭のお渡しは一切不要です。また運転手の昼食代金については、日帰り、1泊2日を問わず負担をして頂くことはありません。

	ふれあい号	デイサービス号
長さ	899cm	843cm
幅	234cm	230cm
高さ	303cm	308cm
車両総重量	9295kg	8265kg

<参考：バスの大きさ等>

<6. ご利用までの流れ>

- (1) 申込み 利用希望日の3ヶ月前(受付出来ない日にあたる時は次の受付日)から20日前まで、(公社)広島市身体障害者福祉団体連合会への電話・FAXにて利用予約の受付をします。一回の予約につき、最大2日分まで可能です。なお、1ヶ月の利用回数の制限はありません。

例) 7月15日利用については4月15日から受付開始

4月15日受付分・・・1台につき複数の希望がある場合は、受付時間終了後に抽選します。抽選の結果、“ご利用頂けない団体のみ”お断りの連絡をします。

(直接抽選に来て頂けない場合は、職員が代理抽選をさせていただきます。)

4月16日以降～・・・先着順

- 毎月1日～15日利用分における重度身体障害者を含む団体の優先利用
“重度身体障害者のうちリフト付きでなければ外出が困難な方”を1名以上含む団体については、利用希望日の“3ヶ月と10日前”から利用の受付を開始します(先着順)。(団体代表者の方には利用の際、別途確認書を提出して頂きます。) 例) 4月15日が一般の利用受付開始の場合、4月5日から優先利用分の受付開始

なお、毎月16日以降の利用分については一般障害者団体と同様に3ヶ月前からの予約が必要です。

- 土日祝日は2台（ふれあい又はデイサービス号）を運行していますので、予約の際に利用号の希望がある場合は、お知らせ下さい。特に希望が無い場合は先にご予約頂いた団体をふれあい号とします。

(2) 書類3点（利用申込書、運行計画書、乗員名簿）の提出

利用確定後、利用日の20日前までに（公社）広島市身体障害者福祉団体連合会までFAX・郵送にてお届けください。市役所障害福祉課及び各区保健福祉課でもお預かりします。また、電子申請での提出も可能です。

- * 運行経路の確認等のため、利用申込書及び運行計画書は特に早めにご提出下さい。
- * 運行計画書の経路は目的地までの経由地及び到着予定時間（トイレ休憩についてはその所要時間）など、詳細にご記入下さい。高速道路等ご利用の場合は、必ずその旨もご記入下さい。（所要時間などご不明な点は、バス会社へ直接ご相談いただくことも可能です。連絡先については<9>（1）参照。）

(3) 利用要件等の審査後、提出して頂いた書類（利用申込書・運行計画書）をバス会社へ送付します。

運行計画書に記載して頂いた経路等が指定時間での運行が難しい等、バス会社から運行経路計画責任者の方へ後日ご相談させて頂く場合がありますので、連絡のとれる連絡先をご記入ください。

(4) バス会社からの運行通知の郵送

利用日の3日前までに運行経路計画責任者の方へ郵送します。当日はこの運行通知をもとに運行しますのでよくご確認ください。

<7. 車いすでのご乗車について>

(1) バス搭載のリフトを利用してご乗車頂ける車いすの大きさ目安（ふれあい号・デイサービス号共通）

長さ：80cm 車輪の幅：60cm

重量（車いすに乗っている方との合計）：約300kg

- 障害者福祉バスはもともと“手動車イス”を搭載できるよう改造されたものです。
大型の電動車いすなど、大きさによっては乗ったままご乗車頂けない場合もありますので事前にご確認ください。

(2) 電動車いすは2台まで乗車可能です。ただし2台乗車した場合は、手動車いすは乗車できません。電動車いす1台の場合は、手動車いす2台まで乗車可能です。

(3) 車いすのレンタルが必要な場合は予めその旨を「利用申込書」にご記入下さい。（レンタル代無料）また車いすの固定は、車いす専用補助席（ふ号4席、デイ号4席）以外には基本的にはできませんが、車いすを固定せずに持ち込みだけをされる場合はその数を必ず利用日の前日までにお知らせ下さい。

<8. その他利用に際してのお願い>

- (1) 当日、利用人数に変更があった場合は運転手に連絡してください。
- (2) 運行経路や時間は道路事情等でやむをえない場合を除き変更しないで下さい。

- (3) 運行先で出たゴミ等は、ガソリンスタンド等で捨てず、団体に責任を持ってお持ち帰りください。
- (4) 利用資格を満たされない場合や、予約を確実に取るために団体に手分けして連絡される等その他不正が判明した場合はご利用頂けなくなることがあります。
- (5) 運行先で駐車する目的地・経路地等について、確実に駐車できるよう事前に駐車場所の確保をお願いします。
- (6) 運行中は運転手が安全第一に運転できるよう、ご理解とご協力をお願いします。
- (7) その他、バスの利用に際してお気づきの点等ございましたら、遠慮なく(公社)広島市身体障害者福祉団体連合会担当者までご連絡ください。
- (8) 天災その他やむを得ない事由により、福祉バスの安全な運行に支障が生じる恐れがあるときには、運行を取りやめる場合がありますので、予めご了承ください。
例) 大雨洪水警報等が発令され、福祉バスの運行会社が危険と判断した場合

<9. 問い合わせ及び連絡先>

- (1) **利用予約・書類提出先及び後日の利用人数変更や、運行経路の変更・追加など**
公益社団法人広島市身体障害者福祉団体連合会
住 所 〒732-0822 広島市南区松原町5-1
BIG FRONT ひろしま 5階 (広島市総合福祉センター内)
電 話 番 号 082-263-4524
ファックス 082-263-9713
受 付 時 間 午前9時から午後4時まで
受付出来ない日 土・日・祝日
8月6日・8月12日～8月16日・12月29日～翌年1月3日
※予約受付を開始する日(利用日の3か月前)が、受付出来ない日に
あたる場合は、その翌日が予約受付開始日となります。
- (2) **運行計画書作成に伴い目的地までに要する時間や経路などに迷われた時**
運行業務を委託しているバス会社へ直接相談をして頂くこともできます。
連絡先は(公社)広島市身体障害者福祉団体連合会へお問い合わせください。
- (3) **当日のキャンセルの連絡**
朝7時までにバス会社へ直接連絡して下さい。配車時間が早い場合などは、遅くともバスが広島市心身障害者福祉センターを出庫する時間の15分前には連絡をお願いします。

広島市障害者福祉バス利用申込書

(あて先) 広島市長

平成 年 月 日提出
(利用日の20日前までには提出)

団体名	代表者氏名		
	代表者住所 〒	TEL	
	広島市 区	携帯	
	E-Mail	FAX	

※緊急連絡に対応できるようにできるだけ携帯電話番号も記載してください。

利用年月日	平成 年 月 日 (曜日) ～ 月 日 (曜日)				
利用目的	(目的地及び経路は別紙1のとおり)				
添乗責任者氏名					
乗車人員	合計利用 人数	内 訳	構成員 (*)	障害者 人 (うち車いす利用者 人)	介護人 人
			その他	人	
	_____人				
<p style="margin: 0;"><車いすについて></p> <p style="margin: 0;">①レンタル _____ 台必要 ・ 不要</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">(車いすを団体・個人で御用意できない場合は、必要台数を御記入ください。)</p> <p style="margin: 0;">②車いすに乗った状態でバスに御乗車になれる人数 _____ 名</p>					
乗員名簿	別紙のとおり (未提出の場合→ 提出予定：平成 年 月 日)				

<福祉バスを御利用頂ける団体の条件>

○利用人数・・・10人以上バスの定員以内

○構成員(*)のうち約半数以上・・・身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳のいずれかの交付を受けている方、障害児学級又は通級指導教室在籍者で、かつ広島市内に居住されていること。

～以下の場合には利用要件の確認対象となる「構成員(*)」には含みません。「その他」欄に人数を計上して下さい～

- ・手帳所持者の兄弟姉妹で小学生以下の方 (この場合において保育者が2名いる場合はそのうち1名も構成員に含みません)

例) A (障害者本人) B (Aの小学生の弟) CD (Aの両親)
構成員・・・ACの2名 (BDは「その他」欄に2名として計上)

- ・重度障害 (身障・肢体不自由1～3級、療育マルA・A) のため、障害者1人につき2人の介護人を必要とする場合、2人目の介護人

(注1) 障害児学級又は通級指導教室に在籍なされている場合は、手帳所持者に準じて扱いますので、「障害者」欄に人数を計上してください。(乗員名簿には、○○学校○○学級在籍等と記入)

(注2) 天災その他やむを得ない事由により、福祉バスの安全な運行に支障が生じる恐れがあるときには、運行を取りやめる場合がありますので、予めご了承ください。

広島市障害者福祉バス運行計画書

経路計画責任者 (バス会社が運行経路について連絡・相談できる方をお願いします) 連絡のつきやすい時間帯 < >	【自宅・勤務先】(後日バス会社からお送りします、運行計画書の送付先になります)。 住所 〒 _____ 勤務先の場合は会社名等も必ず記入してください)		
	※当日の緊急時連絡のため、必ず携帯電話の番号をご記入ください。		
	氏名	TEL :	(携帯) :
	E-Mail	FAX :	
目 的 地			住所
			電話
配 車 時 間	月 日	午前 午後	時 分
出 発 時 間	月 日	午前 午後	時 分
配 車 場 所			
経 路	できるだけ詳しく記入してください。 また、目的地までの経由地 (トイレ休憩・食事を含む)及びその時間も必ず記入し、 時間的に余裕を持った計画をたててください。 ※目的地や経由地が複数ある場合、それぞれの名称・住所・電話番号を記載してください。		
雨天の場合の変更の有無 (チェックを付けてください)	<input type="checkbox"/> 雨天決行 } <input type="checkbox"/> 目的地の変更なし <input type="checkbox"/> 雨天中止 } <input type="checkbox"/> 目的地を変更する (*)		
帰 途 の 出 発 時 間	月 日	午前 午後	時 分
帰 着 時 間	月 日	午前 午後	時 分
帰 着 場 所			

○ 原則として一日につき350kmの範囲内で御利用頂けます。なお、当日の交通事情等によっては、当初の運行計画書通りには運行できない場合もありますので予め御了承下さい。

* 雨天時に目的地を変更される場合は、雨天時の「運行計画書」の提出も必要です。

広島市障害者福祉バス乗員名簿

(平成 年 月 日提出)

団体名	利用年月日 平成 年 月 日
-----	-------------------

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

氏名	年齢	障害者手帳の種類等	* 1 等級等	* 2	住所 (全員についてもれなく記載)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

* 1 ○療育手帳の方は「マルA・A・マルB・B」のいずれかを記入。 ○身体(肢体不自由)・療育手帳所持者で介護人を2名必要とする重度障害の方は等級に加えて障害区分も記入。 2 障害者手帳所持者以外の方について、介護人又は介護人でない場合は手帳所持者との続柄を記入。

広島市障害者福祉バス乗員名簿

(平成 年 月 日提出)

団体名	利用年月日 平成 年 月 日
-----	-------------------

○介護人の方は誰の介護人かわかるように、介護にあたる障害者の方の下欄に続けて記載してください。

氏名	年齢	障害者手帳 の種類等	* 1 等級等	* 2	住所（全員についてもれなく記載）
2 1					
2 2					
2 3					
2 4					
2 5					
2 6					
2 7					
2 8					

* 1 ○療育手帳の方は「マルA・A・マルB・B」のいずれかを記入。 ○身体(肢体不自由)・療育手帳所持者で介護人を2名必要とする重度障害の方は等級に加えて障害区分も記入。 2 障害者手帳所持者以外の方について、介護人又は介護人でない場合は手帳所持者との続柄を記入。

(あて先) 広島市長

毎月1～15日の間における障害者福祉バスの優先利用について

障害者福祉バスの利用に際して当団体は、今回の利用に際し重度の身体障害者のうちリフト付きでなければ外出が困難な方（下記に記載）を1名以上含んでいます。

なお、この点につき偽り等の不正があった場合は、今後の利用に際して優先予約は勿論のこと、利用自体についても不可能になることがあることを予め承知しています。

(重度身体障害者のうちリフト付きでなければ外出が困難な方の氏名)

*下記にもれなく記載

<利用日>
平成 年 月 日 () ～ 月 日 ()

<団体名>

<代表者氏名>

印