

社会福祉 大紀町社会福祉協議会長 様  
法 人

住 所 大紀町  
 氏 名  
 申請者 (団体名) 印  
 代 表 者  
 連 絡 先 ( ) -

大紀町社会福祉協議会福祉車両等使用申請書兼誓約書

大紀町社会福祉協議会福祉車両等貸出しに関する規則第5条に基づき、福祉車両等を借用したいので、下記のとおり申請及び誓約します。

記

使用日時	年 月 日 ( ) 午 前 時 分 から		年 月 日 ( ) 午 後 時 分 まで	
希望する 使用車両	車 名			
	登録番号	三重	-	
使用の目的 (具体的に)				
行 き 先				
運 転 者 (運転する可能性のある方すべて)	氏 名	現住所		
添 乗 者 (マイクロバス使用の場合記入)	氏 名	現住所		
乗車人数	名 【内訳：大人 名、小人 名】			
使用に関する誓約書	<p>福祉車両等使用許可のうえは、大紀町社会福祉協議会福祉車両等貸出しに関する規則を遵守します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用期間中は、道路交通法を遵守します。</li> <li>2. 転貸は致しません。</li> <li>3. 使用後は、使用した燃料を全量補充し、車両内外の清掃後返却します。</li> <li>4. 万一事故等で車両を損傷、又は同乗者並びに第三者に損害を与えた場合は、貸出車両が加入する自動車損害保険で補てんされないものにおいては、すべて申請者並びに運転者（以下「使用者」という。）が負担します。</li> <li>5. 借り受け中に発生した事故等については、使用者が責任をもって対処し、大紀町社会福祉協議会並びに大紀町に一切の迷惑並びに損害をかけません。</li> </ol> <p>上記事項を誓約の上、借り受けするため自署押印する。</p> <p>平成 年 月 日 氏名 印</p>			

- 【添付書類】
1. 運転者の免許証の写し（運転をする可能性のある方すべて）
  2. 車両運行計画書（当日の運行状況が判るもの）

## 社協マイクロバスを利用される皆様へ

社協のマイクロバスは自賠償保険、任意保険に加入していますが、事故の際に相手方への支払いが保険の補償金額を超えた場合、その金額は**運転者の個人負担**となります。また保険が効かない場合は全額が運転者の個人負担となりますので、ご承知ください。

【任意保険の内容】 下記の保険の補償金額は、すべて**限度額**です。

	日野リエッセ2 (大内山) JA共済	三菱ローザ (錦) 損保ジャパン	トヨタコースター リフト(七保) 損保ジャパン
対人対物	無制限	無制限	無制限
搭乗者	1名につき 3000万円 <small>(搭乗者とは、運転者。乗客は、対人対物で補償される。)</small> また、入通院(1事故治療日数4日以内)1万円、(1事故治療日数5日以上)10万円	1名につき 5000万円 1事故につき 14億5000万円まで  また、入通院(1事故5日以上入通院で給付)10万円	1名につき 5000万円 1事故につき 12億円まで  また、入通院(1事故5日以上入通院で給付)10万円
	死亡または後遺障害時は 上記に加えて 1名につき 500万円	死亡または後遺障害時は 上記に加えて 1名につき 500万円 1事故につき 1億4500万円まで	死亡または後遺障害時は 上記に加えて 1名につき 500万円 1事故につき 1億2000万円まで
車 両	205万円	240万円	100万円

【但し、上記契約内容は平成28年度契約内容によるため毎年度契約の内容に変動が生じます。】