

事業計画書

申請団体 (コミ協名)				代表者	氏 名： 電話番号：		
地域の移動に 関するお困りごと		(例：近くの〇〇スーパーが閉店し、隣町の〇〇スーパーまで行く必要があるが、 バスが朝夕しかなく、タクシーの利用も困難。移動に困っている人が〇人いる。)					
移動サービス実施計画の概要	利用期間	月 日 ～ 月 日		利用人数 (予定)		人	
	サービス 提供計画 (運行計画)	(例：①毎週水曜日に〇〇スーパーへ2名を相乗りで送迎 (移動距離約〇km) ②週1回 (曜日は不定)、〇〇内科医院へ1名を送迎 (移動距離約〇km))					
	利用者 負担	☐ あり (内容：) ☐ なし					
	事務体制		氏名		所属		
		利用受付・ドライバー手配					
		車両、鍵の管理					
		市との連絡・調整					
		市への資料提出					
	車両保管場所						
	鍵の保管方法						
ドライバーの 安全管理方法	(例：鍵の受け渡し時に酒気及び健康状態をチェックし、不安な場合は運転を中止)						
従事するドライバー	氏名	生年月日 (西暦)	年齢 (申請日時点)	性別	健康状態	事故歴 (3年以内)	免許停止 (1年以内)
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
		年 月 日	歳	男性・女性	☐ 良好	☐ なし	☐ なし
	※行が不足する場合は別紙での提出も可とする。						
緊急連絡先	担当氏名： 電話番号：						