

様式第1号(第5条関係)

久喜市市内循環バス乗車証交付申請書

平成 年 月 日

久喜市長 あて

住所  
申請者 氏名  
利用者との続柄

久喜市市内循環バス運行要綱第5条の規定により、久喜市市内循環バス乗車証の交付を受けたいので申請します。

|             |                                                                                                     |                                                                                     |                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 利用者住所       |                                                                                                     |                                                                                     |                             |
| 利用者氏名       |                                                                                                     |                                                                                     |                             |
| 生年月日        | 年 月 日                                                                                               |                                                                                     |                             |
| 提示書類        | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 |                                                                                     |                             |
| 対象要件        | 身体障害者手帳                                                                                             | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 1種 |
|             | 療育手帳                                                                                                | <input type="checkbox"/> ㉠ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B    | <input type="checkbox"/> 1種 |
|             |                                                                                                     | <input type="checkbox"/> その他                                                        |                             |
| 精神障害者保健福祉手帳 | <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級                                             |                                                                                     |                             |

(事務処理欄)

| 乗車証交付番号 | 有効期限(手帳の有効期限) | 確認者 |
|---------|---------------|-----|
|         |               |     |