

(太枠内をご記入下さい。)

## 湯沢町路線バス福祉乗車証交付申請書

湯沢町長 様

令和 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

⑩

(代理人の場合、利用者との続柄等 )

下記のとおり湯沢町路線バス福祉乗車証の交付を申請します。

利 用 者	氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	住 所	湯沢町	(電話 )	
対 象 者 要 件		<input type="checkbox"/> 高齢者 (65 歳以上) <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		

私(利用者)は、運転免許証を保有していないことを誓約します。

本人(利用者)署名 \_\_\_\_\_

以下、ご記入いただく必要はありません。

### 【処理欄】

本人確認			
<input type="checkbox"/> 高齢者(65 歳以上) ……保険証・マイナンバーカード・その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 障害者手帳等交付者……身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳			
審査結果	適 ・ 否	否の理由	
交 付 日	年 月 日	交付番号	
再交付の 場合	再交付日	年 月 日	
	再交付の理由	紛失 破損・汚損 その他 ( )	