

名取市福祉バス乗車券等交付申請書（軽度障がい者）

名取市長 あて

名取市福祉バス乗車券等の交付を申請します。

申請者	住所	名取市
	氏名	
	生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日
	電話番号	
代理人	住所	※申請者と住所が同じ場合は記入不要です。
	氏名	申請者との続柄 ()
	電話番号	
券種別	<input type="checkbox"/> イクスカチャージ券 <input type="checkbox"/> なとりん号・なとりんくる共通回数乗車券 <input type="checkbox"/> タクシー利用券	
対象区分	<input type="checkbox"/> 今年度満75歳以上になる者	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 1・2・3・4・5・6級 手帳番号第 号	
	<input type="checkbox"/> 療育手帳所持者 A・B 手帳番号第 号	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者 1・2・3級 手帳番号第 号	

名取市福祉バス乗車券等にかかる同意書兼受領書

【同意事項】

- 万一紛失、盗難などがあっても、有効期間内の再発行ができないことを理解しています。
- 乗車券等は、申請者本人以外には利用できないことを理解しています。
- 名取市以外の市区町村に転出、死亡等で助成資格がなくなった場合は、乗車券等を返還します。
- 不正利用が発覚した場合は、乗車券等を返還します。

同意事項を確認したうえで、上記のとおり申請し受領いたしました。

【受領欄】

受領日： 令和 年 月 日

※上記に✓を入れ、受領日をご記入ください。

(以下、記入不要)※市処理欄

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 高齢者 | <input type="checkbox"/> なとりん号・なとりんくる共通回数券 |
| <input type="checkbox"/> 身障 | <input type="checkbox"/> イクスカチャージ券 |
| <input type="checkbox"/> 療育 | <input type="checkbox"/> タクシー券 (5枚) |
| <input type="checkbox"/> 精神 | |

NO. _____

NO. S- _____

NO. _____

申請者本人確認欄 <input type="checkbox"/>	代理人確認欄 <input type="checkbox"/>	台帳処理年月日	令和 年 月 日	確認者
--------------------------------------	------------------------------------	---------	----------	-----