

障害者用申請書

川越市内循環バス特別乗車証交付申請書

年 月 日

(提出先)
川 越 市 長

申請者 住 所 _____
氏 名 _____

次のとおり川越市内循環バス特別乗車証の交付を受けたいので、申請します。

(注) 太枠内をご記入ください。

利 用 者	住 所		
	氏 名	男・女	申請者との続柄 本人 親族 その他 ()
	生年月日	年 月 日 (歳)	
	電話番号	— —	

障 害 者 要 件	☐ 身体障害者手帳 等級 級 旅客運賃減額 第 種
	☐ 療育手帳 総合判定 ☐ A ☐ B ☐ C
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 等級 級
	☐ 指定難病医療受給者証、特定疾患医療受給者証、指定疾患医療受給者証
	☐ 川越市小児慢性特定疾病医療受給者証
	☐ 自立支援医療受給者証
	☐ 戦傷病者手帳 ☐ 被爆者健康手帳

乗車証 交付確認	☐ 無料（本人のみ） ☐ 無料（介護者１名：身体障害者手帳第１種、療育手帳のみ） ☐ 無料（介護者２名：障害福祉サービス及び地域生活支援事業の支給決定において２人介護が必要と認められている場合）
	☐ 交付済 ☐ 未交付（要交付） ☐ システム（担当課処理）

乗車証番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(障 害 者 福 祉 課)

受 付 印	
-------------	--