

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

住 所 _____

申請者

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			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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 等級 級 旅客運賃減額 第 種
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 総合判定 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 等級 級
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 川越市小児慢性特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 <input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳

乗車証 交付確認	<input type="checkbox"/> 無料 (本人のみ)
	<input type="checkbox"/> 無料 (介護者1名: 身体障害者手帳第1種、療育手帳のみ)
	<input type="checkbox"/> 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)
	<input type="checkbox"/> 交付済 <input type="checkbox"/> 未交付 (要交付) <input type="checkbox"/> システム (担当課処理)

乗車証番号						
-------	--	--	--	--	--	--

(障 害 者 福 祉 課)

受 付 印	
-------------	--