

長久手市コミュニティバス無料乗車券交付申請書（新規・継続・再交付）

年 月 日

長久手市長 あて

申請者 住所

氏名

電話番号

（代理人）住所

氏名

本人との関係

長久手市コミュニティバス無料乗車券を交付されたく、長久手市コミュニティバス無料乗車券交付事業実施要綱第4条及び第8条の規定により申請します。また、無料対象者区分等申請内容について市長が関係当局に確認を行うことに同意します。

無料対象区分 （○をつけて ください。）	1 身体障害者手帳の所持者 2 療育手帳の所持者 3 被爆者健康手帳の所持者 4 精神障害者保健福祉手帳の所持者 5 介護保険法による介護認定者（要支援を含む）
----------------------------	--

注意事項

①代理人による申請を行う場合については、申請者の記名を行い、申請者及び代理人各人の本人確認書類（申請者は写しも可）を必ずご提示ください。

※代理人がご家族の場合は、ご家族の方の確認書類のみで結構です。

②無料乗車券又は、無料乗車券等の交付後、二重交付が発覚した場合、要綱第5条第2項の規定により、無料乗車券の返還を求める場合があります。

(裏)

以下の部分については、受付者が記入するため何も記入しないでください。

○本人確認書類

住民基本台帳カード（写真つき）・運転免許証・有効旅券（パスポート）・赤あつたかあと
運転経歴証明書・マイナンバーカード・有効期限内の無料乗車券（継続のみ）
その他（ ）

○ご家族の方及び代理人本人確認書類

住民基本台帳カード（写真つき）・運転免許証・有効旅券（パスポート）・赤あつたかあと
運転経歴証明書・マイナンバーカード・その他（ ）

○各種無料対象区分が確認できる書類

- 1 身体障害者手帳（再認定期限 年 月 日 ・ 期限なし）
- 2 療育手帳（判定等期限 年 月 日 ・ 期限なし）
- 3 被爆者健康手帳（認定等期限 年 月 日 ・ 期限なし）
- 4 精神障害者保健福祉手帳（期限 年 月 日 ・ 期限なし）
- 5 介護保険法による介護認定（要支援を含む）（認定等期限 年 月 日 ・ 期限なし）

○再交付理由（分かれば、聞き取りしてください）

紛失 汚損 （ ）

コミュニティバス無料乗車期限

（認定期限もしくは、申請日の1年後の前日どちらか早い期限）

※認定等期限がない場合は、申請日の1年後の前日

年 月 日

発行 No. _____

継続の場合、前回発行 No. _____

担当課受付印