　　北見市バス乗車証　変更等届 兼 再交付申請書　様式第３号（第５条関係）

再交付

再交付

バス乗車証の交付を受けている方に氏名の変更があったとき、または紛失等により再交付が必要な場合の届出書です。

紛失及び損傷・汚損による再交付は５００円の交付料が必要です。

＜届出者＞（バス乗車証の交付を受けている方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 北見市長あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出日）　　　　年　　　月　　　日  北見市高齢者・障がい者に対するバス料金助成規則第８条の規定により、次のとおり変更等がありましたので届出します。  　（再交付の理由）  □氏名の変更　　　　　　　（　　　　年　　月　　日変更）  □紛失による再交付　　　　（　　　　年　　月　　日）警察への届出（済・未）  □損傷・汚損による再交付　（　　　　年　　月　　日） | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 | 署名（代理人が手続きする場合は記名） | 個人番号 | ―　この手続きでは個人番号の記入は不要です　－ |
| 電話番号 | － 　　 　　　　－ |
| 住所 |  | | |

□ 交付を受けているバス乗車証 （　あり　・　なし　）　※紛失の場合は必要ありません

＜代理人が手続きする場合＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 代理人  氏名 |  | 続　柄 | バス乗車証の交付を受けている方から見て |
| 住所 |  | 日中連絡先 | － 　　 　　　　－ |

北見市使用欄 （備考）この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来庁者確認 | 来庁者 | □払戻し  （金額：　　　　円）  支払日：  　　年　　月　　日  □その他（　　　　　　　　） | 審査結果 | 決 定 日 | 年　 月　 日 |
| ①番・免・パ・手帳・他（　　　　　　）  ②証・年金・児童・バス・社員・学生  他（　　　　　　）　　　　③ヒア | 本人・代理人  代理権確認署名  □委任欄 | 交付番号 |  |
| 受付日  ／ | 宛名番号 | － |
|  | |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（納入控）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 交付番号 | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
|  | 住　　所 | | 北見市 | | | | | | |  | | | | 領収日付 | | |  | | | | | | |  | |
|  | 申請者氏名 | | 様 | | | | | | |  | | | |  | |
|  | 金　　額 | | ５００円（摘要：北見市バス乗車証再交付費用） | | | | | | |  | | | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
|  |  | |  | |  | | | | | | （納入通知書兼領収書） | | | | | | | | | | | |
|  | 交付番号 | |  | | | | | | |  | 北海道北見市長之印(重要)左記のとおり納めてください | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 住　　所 | | 北見市 | | | | | | |  | 北見市長 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 申請者氏名 | | 様 | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 金　　額 | | ５００円（摘要：北見市バス乗車証再交付費用） | | | | | | |  |  |  |  | |  | | |  | | |  | |  | |  |
|  |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  | | 領収日付 | | |  | | | | | | |  |
|  |  | （担当）北見市保健福祉部総務課 | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | | | | | （納入者控） | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | |  | |  | ※領収書の再発行はできません | | | | | | | | | | | | | | |