様式第１号（第３条関係）

新規

北見市バス乗車証 交付申請書

７０歳以上の高齢者、またはすべての年齢の障がい者を対象としたバス料金助成の手続きです。

申請し、交付料をお支払いいただくことにより、北見市内バスの乗車料金が無料となる乗車証を交付いたします。

＜申請者＞（バス乗車証の交付を受ける方）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 北見市長あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請日）　　　　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により、バス乗車証の交付を受けたいので、交付の際に利用者納入金を納付することに同意し、申請します。  （区分）  □ 高齢者（７０歳以上の方）  □ 身体障害者手帳所持者（１級・２級・３級・４級）　　　※５級、６級は該当しません  □ 療育手帳所持者  □ 精神障害者保健福祉手帳所持者  □ その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 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 |  | | |

＜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 | 申請者からみて |
| 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 | － |
|  | |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 交付番号 |  | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  | （納入控） | | | | | |
|  | 住　　所 | 北見市 | | | | | | | | |  | | | 領収日付 |  | | | | |  | | | | | |
|  | 申請者氏名 | 様 | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | 金　　額 | 円（摘要：北見市バス乗車証交付負担額） | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |
| 有効期間 | 年　月　日から　　　年　月　日まで | | | | | | | | |  |  | | | | |
|  |  |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | | | |  | |  | | | | | |
|  |  |  |  | | | |  | |  | |  | | | （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 | 円（摘要：北見市バス乗車証交付負担額） | | | | | | | | |  |  | 領収日付 | | |  | | | | |  | |  | |  |
|  | 有効期間 | 年　月　日から　　　　年　月　日まで | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | |  | |  | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | （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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | |