**仁木町コミュニティバス割引証明書発行申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申　　込　　日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 購　　　入　　　者 | 氏　　　名 |  |
| 生　年　月　日　等 | 　大・昭・平　　　　　　年　　　月　　　日生　　　歳 |
| 住　　　所 |  |
| 電　話　番　号 | 　　　(　　　　　　)　　　　　　―　　　　　　　　　 |
| 割　引　の　種　別 | 小学生以下　・　障がい者 |
| 使　用　開　始 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 予約 | 受取希望日及び乗車停留所 | 　　　　　　年　　　月　　　日(希望日は提出日から 10 日以上空けてください｡)　乗車停留所　　（　　　）便（　　　　　　　　　　） |

【減免額】

・小学生以下 バス利用料金を減額（50%）します。

・障がい者 バス利用料金を減額（50%）します。

※いずれにも該当する場合は、バス利用料金を25%まで減額します。

【有効期限】

・小学生以下 小学校を卒業する年度（3月31日）まで有効です。

・障がい者 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の期限に
準じます。

【新規発行】※有効期間開始日の10日前から発行出来ます。

・小学生以下 年齢を確認します。

・障がい者 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の提示が
必要となります。

【継続発行】※有効期間満了日の15日前から発行出来ます。

・障がい者 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の提示が
改めて必要となります。

※以下の欄は、記入しないで下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 有効期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 回収年月日 |  | 種　別 | 小学生以下　・　障がい者 |
| 発行年月日 |  |  |  |

年齢、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳　確認した場合　確認者印