

高齢者バス乗車証等交付（更新）申請書

年 月 日

日高町長 様

申請者 住所 日高町

氏名

続柄

電話番号

次のとおり高齢者バス身分証・乗車証の交付（更新）を申請します。

記

交付対象者名	住 所	日高町
	氏 名	(男・女)
	生年月日	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
	交付期間	① 1ヶ月 ② 3ヶ月 ③ 6ヶ月 ④ 12ヶ月

※ 交付対象者が申請する場合には、住所及び氏名の記入を省略できます。

交付番号	NO.	交 付 日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
受領者名			
備 考			

上記、行政サービス等の手続に際し、日高町町税等の滞納に対する制限措置に関する条例に基づき、当該条例の対象の有無を町担当課員が確認することを承諾します。

対象者名簿	記載無し	記載有り