様式第１号(第５条関係)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

西予市高齢者路線バス利用助成申請書

　西予市長　様

　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との続柄（　　　）

　西予市高齢者路線バス利用助成事業実施要綱第５条の規定により申請します｡

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者 | **□**申請者に同じ　　　**□**申請者と別人（以下、利用者について記入） |
|  | 住　所 |  |
|  | 氏　名 |  |
|  | 電話番号 |  |
|  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　）歳 |
| 私が受けるべきバス利用助成金の請求並びに受領に関する一切の権限を､西予市高齢者路線バス利用助成事業実施要綱第３条に規定する協力機関に委任します｡また、代理による申請の場合は、申請者に西予市高齢者路線バス利用助成券の受領を委任します。　　　　　　　　　　利用者氏名(自署)　　　　　　　　　　　　　　 |

以下受付者記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付者氏名 |  |
| 交付冊数 | □１冊目　□２冊目 |
| 助成券番号 |  |
| 確認書類（申請者） | □マイナンバーカード　□運転免許証　□健康保険の資格確認証　□介護保険証　□年金証書□その他(　　　) |
| 確認書類（利用者）※申請者と利用者が別の場合のみ | □マイナンバーカード　□運転免許証　□健康保険の資格確認証　□介護保険証　□年金証書□その他(　　　) |