引き続き交付を希望される場合は有効期限の満了
する月の１０日までに申し込んでください。

私営バス乗車券交付申請書

年　　月　　日

（宛先）川崎市長

申請者
住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

川崎市公害病認定患者私営バス乗車券交付要綱の規定に基づき私営バス乗車券の交付を受けたく申請します。

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生　歳
患者氏名				
乗車券送付先住所	（申請者住所と同じ住所の場合は、同上と御記入ください。） 〒			
乗車券使用者区分	□認定患者　□介護者（6歳未満の認定患者に限る）	認定番号		
介護者氏名	男・女	認定患者との続柄（　　）	年　月　日生　歳	
医療を受けている医療機関名および所在地				
希望会社名	□ 臨港バス □ 小田急バス □ 東急バス □ 共通	順路・路線の名称	区間	
			～ （　　経由）	
			～ （　　経由）	

受付	場所	年　月　日	番号	受理者
		・　・	第　　号	