身体障害者自動車運転免許取得費補助金交付申請書

　年　　月　　日

　伊豆の国市長　宛

住所

申請者　氏名

（電話　　　　　　　　　　　　　）

　身体障害者自動車運転免許取得費の補助を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 　 | 個人番号 |  |
| 身体障害者手帳番号 | 都道府県市第　　　　　号 |
| 障害名 | 　 | 等級 | 　　　　　級 |
| 家族構成 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業 | 個人番号 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 免許取得状況 | 免許取得年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 免許の種類 | 　 |
| 免許証の番号 | 　 |
| 免許の条件 | 　 |
| 身体障害者自動車運転免許取得費補助金の交付決定に際し、障害者本人及び配偶者、扶養義務者の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に照会、閲覧することを承諾します。　申請者（障害者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）　教習所の卒業証明書・免許取得に直接要した経費の領収書・運転免許証の写し・身体障害者手帳の写し・世帯全員の所得証明書を添付して下さい。