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。