

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				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請者（障害者）氏名</p>					

(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。