

様式第1号(第4条関係)

障害者用自動車運転免許取得費助成金交付申請書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所				申請額	円		
職業		勤務先の名称及び所在地					
身体障害者手帳番号	第 号		手帳交付年月日	年 月 日			
障害名			障害等級	種 級			
運転免許証	免許証番号						
	免許の種類及び条件						
運転免許を取得した自動車教習所							
免許取得を必要とする理由							
<p>上記により自動車運転免許を取得したので、内子町障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第4条の規定により、助成金の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>内子町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p>							

(注) 運転免許証の写し、障害者手帳(療育手帳)の写し、運転免許取得にかかった費用を証明する書類その他必要と認められる書類を添付のこと。