

様式第1号(第6条関係)

障がい者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

社会福祉課長 様

申請者 住所
氏名
続柄
電話番号

豊後高田市障がい者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第6条の規定により、その費用について助成を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該交付決定のため、世帯の住民登録、納税状況等の照会を行うことについて同意します。

助成対象者 (本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	電話番号 ()		
	障がい状態	手帳番号	等級・程度	
	身体・療育・精神	第 号		
	障がい名			
	疾患名	(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載すること)		
取得した 運転免許証	第 号	年 月 日交付		
自動車運転免許 を取得した理由				
申請額	円	実支払額	円	

(添付書類)

- ・障がい状態の分かる書類の写し
- ・運転免許証の写し
- ・領収書その他免許の取得に直接要した費用の額を確認し得る書類の写し