障害者自動車運転免許助成請求書

年　　月　　日

(宛先)山武市長

(〒　　　―　　　)

住所

請求者　　氏名　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　　年　　月　　日

電話番号

請求額　金　　　　　　　　　　　円

　(ただし、　　　　年　　月　　日付け　　　　第　　　号で支給決定を受けた障害者自動車運転免許取得助成事業に係る支給費として)

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　　銀行　　　　　　　本店　　支店　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　本所　　支所 |
| 預金種目 | 当座・普通 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 名義人氏名 | (フリガナ) |
| 　 |

(注1)　「免許証の写し」(表裏)と「免許取得に直接要した費用の額が明らかとなる領収書」(内訳がわかるもの)を添付してください。

(注2)　銀行等の口座は請求者(申請者)本人の口座に限ります。