

障害者自動車運転免許取得助成申請書

年 月 日

(宛先) 山武市長

(〒 ー)
 申請者 住 所
 氏 名
 生年月日 年 月 日
 (満 歳)
 電話番号 ー ー

障害者自動車運転免許取得助成事業支給費の支給を受けたいので申請します。

身体障害者 手帳番号	第 号	交 付 年月日	年 月 日
等 級	級	障害名	
免許の種類	免許取得を必要とする理由		
事業開始 (予定)年月日	年 月 日	事業完了 (予定)年月日	年 月 日
教 習 所 (施設名)	免許取得費 概 算 額		

※必要添付書類 身体障害者手帳の写し(前面がコピーされているもの)又は、療育手帳の写し(前面がコピーされているもので次の判定年月が到来していないもの)