

障害者自動車運転免許助成請求書

年 月 日

(宛先)山武市長

(〒 ー )

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 農協 信用金庫	本店 支店 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。