

(様式第1号)

障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者 住所 上郡町  
氏名 \_\_\_\_\_ ④  
電話番号 \_\_\_\_\_

障害者自動車運転免許取得費助成事業の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

氏名			生年 月日		
障害者 手帳	・身体障害者手帳 ・療育手帳	種 級 判定	手帳番号		第 号
	障害名				
取得した免許証 の内容	番号	第 号		免許の 種類	
	交付年 月日	年 月 日			
免許取得による 効果等	①自動車の使用状況（通勤、通所等）				
	②交通機関の利用が困難な理由				
教習所名			取得に要した 経費	円	
教習期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
助成金申請額	円 (免許取得に要した費用の3分の2以内で10万円を上限とする。)				
その他特記事項					

※障害者手帳の写し、取得した運転免許証の写し、本人が支払ったことが確認できる領収書及び自動車教習所の証明書等（教習課程修了したことを確認できる書類）を添付してください。