様式第１号（第４条関係）

障害者自動車運転免許取得費助成交付申請書

　　年　　月　　日

大崎市長　様

申請（対象）者　住所　大崎市

氏名

電話

自動車運転免許取得費助成金について，大崎市障害者自動車運転免許取得及び改造費助成事業実施要綱第４条の規定により，関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳種別 | 身体 | 種　 　級 | 手帳番号 |  |
| 療育 | A　・　B |
| 取得した運転免許 | 種類 |  | 交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 助成金申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 備考 |  |

添付書類

(1)　身体障害者手帳又は療育手帳の写し

(2)　取得した自動車運転免許証の写し

(3)　運転免許取得に直接要した費用の支払いを証明する書類

(4)　その他市長が必要と認めるもの