

様式第1号(第4条関係)

障害者自動車運転免許取得費補助金交付申請書

年 月 日

毛呂山町長 へ

申請者 住所 毛呂山町 番地  
氏名 ⑩  
電話

下記により障害者自動車運転免許取得費補助金の交付を受けたいので、申請します。

記

1 補助金の交付申請額 金 円

2 添付書類

- (1) 身体障害者手帳，療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
- (2) 障害者自動車運転免許取得実施計画書(別紙のとおり)

別紙

障害者運転免許取得実施計画書

補助対象者名 氏名		性別 男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	毛呂山町 番地			
障 害 名				
身体障害者 手帳番号	第 号	等 級	級 種	
療育手帳 番号	第 号	総合判定	Ⓐ・A・B・C 種	
精神障害者 保健福祉 手帳番号	第 号	等 級	級	
職 業		所持する 運転免許 の種類		
運転免許試験場の障害者受験相談所利用状況の有無 有 運転に適と判断された条件 無				
教習所名 及び所在地		教習開始 予定日	年 月 日	
補助対象 経費の支出 予定額		補 助 予 定 額		