

様式第1号(第4条関係)

障害者自動車操作訓練費助成申請書

年 月 日

坂井市福祉事務所長 様

坂井市障害者自動車操作訓練費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請するにあたり、私及び家族の所得状況を税務局に確認することに同意します。

記

氏 名		生 年 月 日	年 月 日 生
住 所	坂井市		
職 業			
障害者手帳番号	身体・療育・精神 福井県第 号	障 害 者 手 帳 交 付 年 月 日	年 月 日
自動車教習所名		取得に要した 費用の総額	円
免許取得日	年 月 日	免 許 番 号	
自動車運転免許 を必要とした理由			
世帯員の状況	氏 名	続 柄	
		本 人	

(注)取得した運転免許証の写し、免許を取得するに要した費用に係る証拠書類(領収書等)の写しを添付すること。