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部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。