

障害者自動車運転免許取得費助成事業申請書

年 月 日

(宛先) 五島市長

住 所  
氏 名

障害者自動車運転免許取得費助成事業による助成を次のとおり受けたいので、  
五島市障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第5条の規定により関係書類を添えて申請します。

身体障害者手帳	手帳番号 第 号	交付年月日 年 月 日交付
	等級 種 級 (障害名)	
療 育 手 帳	手帳番号 第 号 等級	交付年月日 年 月 日交付
精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	手帳番号 第 号 等級	交付年月日 年 月 日交付
運 転 免 許 取 得 歴	有 (大・普・その他 )・ 無 (いずれかを○で囲む) ※有の場合、失効した理由 ( )	
免 許 取 得 の 目 的 及 び 取 得 後 の 計 画		
添 付 書 類	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 障害者手帳の写し</li> <li>2 公安委員会が発行する運転適性相談結果票の写し (明らかに運転適性があると市長が認める場合を除く。)</li> <li>3 助成対象経費の内訳及びその金額を明記した見積書</li> <li>4 在学証明書 (市外に居住している学生に限る。)</li> <li>5 その他市長が必要と認める書類</li> </ol>	

同意書

障害者自動車運転免許取得費助成事業の申請に当たり、助成の決定に必要な住民登録資料、税務資料、その他について、市長が閲覧及び各関係機関に調査、照会等を行うことに同意します。

世帯の状況について				
	氏名	個人番号	申請者との関係	印
申請者				
世帯主				
世帯員				

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申請者との関係
氏名		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者居住地と同じ <input type="checkbox"/> その他（下に住所等を記入）	
	電話番号	