

様式第1号(第5条関係)

出雲崎町障害者自動車燃料費助成申請書

年 月 日

出雲崎町長 様

住 所 出雲崎町大字

申請者

氏 名

下記のとおり、出雲崎町障害者自動車燃料費助成事業の対象者に該当しますので申請
します。

対象者	氏 名	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	出雲崎町大字 TEL		
障害者帳	番 号	第 号	障 害 名	
	交 付 年 月 日	年 月 日	障 害 等 級	種 級
自動車保有者	住 所			
	氏 名			
	対象者との関係			
自動車運転者	住 所			
	氏 名			
	対象者との関係			
助成の対象となる自動車	登 録 (車 両) 番 号	車 名	車 種	
振込希望金融機関	銀 行 信金・信組 農協・漁協	支店 本所	(普通・当座) 口座番号	
タクシー・バス利用券交付の有無	有 ・ 無			

※ 運転免許証の写しを添付すること。