様式第１号（第５条関係）

身体障害者自動車運転免許取得費

助成金交付申請書

 　　 年 月 日

播 磨 町 長 様

 申 請 者 住所 加古郡播磨町

 氏名

 （℡ － － ）

 身体障害者自動車運転免許取得費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障がい者氏名 |  年 月 日生 | 住 所 | 加古郡播磨町 |
| 身体障害者手帳 | 交 付 年 月 日 | 等 級 | 手 帳 番 号 | 障 害 名 |
|  年 月 日 | 第 種 級 |   　第 号  |  |
|  |  |
| 自動車運転免許 | 運転免許証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　　 年 月 日 交 付 |
| 自動車運転免許 |  |
|  |  |
|  |  | 所要経費 |  |
|  | １００,０００円 |

添付書類　　１．自動車運転技能教習修了証明書

　　　　　　２．自動車運転免許証（両面写）

播磨町処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  年 月 日 | 住民となった日 |  年 月 日 |