

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申請書

年 月 日

加 古 川 市 長 様

住所
(申請者)

氏名
個人番号

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

障害者氏名		生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
個人番号					
身体障害者手帳	等級	身体障害者手帳番号	障害名		
交付年月日 年 月 日	第 種 級	県市第 号			
職業					
取得した	運 転 免 許 証 番 号				
自動車運転免許	交付年月日	年 月 日			
自動車運転免許取得の目的					
免許の種類					
教習を受けた教習所名		所要経費	円		
助成金申請額	円				

加古川市処理欄

受付年月日	年 月 日	住民日	年 月 日
-------	-------	-----	-------