

身体障害者用自動車改造費助成申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり身体障害者用自動車改造費助成の申請をします。
 なお、身体障害者用自動車改造費助成事業の決定のため、私(対象者)の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、各関係機関に調査若しくは照会する事を承諾いたします。

| | | | | | | |
|-------------|------|--------------------------|------|------------|----------|-------|
| 申請者 | フリガナ | | 住所 | 〒 | | |
| | 氏名 | 印 | | 対象者との続柄 | | |
| 対象者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治 昭和 | 大正 平成 | 年 月 日 |
| | 氏名 | 印 (申請者と同一又は児童の場合は印不要) | 性別 | 男 | ・ | 女 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | 療育手帳番号 | | 精神保健福祉手帳番号 | | |
| 障害名及び障害等級 | | | 職業 | | | |
| 改造し自立に必要な理由 | | | | | | |