

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						