

年 月 日

小美玉市長 様

(申請者) 住 所

氏 名

電 話

障がい者自動車運転免許取得費助成申請書

小美玉市障がい者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第5条の規定により次のとおり申請します。

対 象 者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	
	住 所				
	手帳の種類	身体障害者手帳 ・ 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳			
	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障がい名		障がいの 級 別 等		
運転免許取得 の 目 的					
運 転 免 許 取 得 年 月 日	年 月 日	運 転 免 許 の 種 類			
運 転 免 許 番 号	第 号	運 転 適 性 相 談 の 有 無	有 ・ 無		
運 転 免 許 の 取 得 に 要 し た 費 用	円	う ち 助 成 申 請 額	円		
教 習 を 受 け た 自 動 車 教 習 所	名 称 所在地				

(添付書類)

- 1 身体障害者手帳, 療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
- 2 運転免許証の写し(裏面を含む。)
- 3 自動車教習所発行の「障がい者自動車運転免許取得費助成に係る証明書(様式第2号)」
- 4 施設入所者等については, 運転免許の要否に関する当該施設長の意見書
- 5 県公安委員会が実施する運転適性相談において, 適格審査等を受けた者は, その結果表の写し