

様式第1号

身体障害者自動車操作訓練助成申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日生(歳) 印

次のとおり身体障害者自動車操作訓練費の一部の助成を申請します。

記

身体障害者手帳	都 道 府 県 第 号 (年 月 日 交付)		
障 害 名		障害等級	種 級
職 業			
補装具装着等の 有 無	有 (種目:) ・ 無		
運転免許取得の 目 的			
教習を受ける 自動車教習所名			

※ 教習所基準経費のわかるもの・その他市長が指示する書類を添付してください。