

様式第1号(第5条関係)

塩竈市障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

塩竈市長 殿

申請者 住所

氏名

㊞

下記により自動車運転免許を取得したいので、障害者自動車運転免許取得費の助成を申請します。

記

フリガナ 氏 名		性別	男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
住 所	〒				TEL FAX
職業又は勤務先					TEL FAX
障 害 者 手 帳	手帳種別	身体障害者手帳・療育手帳			
	障害等級	種 級	手帳番号	第 号	
	障 害 名				
免許取得目的					
取得済みの運転免許	有・無				
取得予定免許の種類					
運転免許 取得計画	年 月 日入校、年 月 日卒業予定				
	免許取得時期：年 月 日頃				
入 校 す る 自 動 車 学 校	学 校 名				
	所 在 地				
申 請 額	円				

(添付書類) (1)身体障害者手帳又は療育手帳の写し

(2)取得済みの自動車運転免許証のある方は、その写し