

年 月 日

身体障害者自動車改造費助成申請書

美郷町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
対象者との続柄 ( )

美郷町身体障害者自動車改造費助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

身体障害者自動車改造費助成の支給申請の決定のため、対象者の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

記

対 象 者	氏 名		生 年 月 日		年 月 日
	住 所				
	職 業		個 人 番 号		
	身体障害者手帳	県 第 号		年 月 日交付	
	障 害 名			障 害 等 級	種 級
世 帯 の 状 況	氏 名	対象者との続柄	生 年 月 日	職 業	備 考
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
改 造 費 助 成 を 希 望 す る 理 由 及 び 主 要 用 途					
改 造 費	円				
改造を行う業者名・住所					
運 転 免 許 の 有 無	有 無	運 転 免 許 証 の 種 類 ・ 番 号			
改 造 す る 車 の 車 種 及 び 改 造 内 容					

- 添付書類 (1) 対象者の身体障害者手帳の写し (2) 対象者の運転免許証の写し  
(3) 対象者の住民票謄本及び世帯全員の前年所得 (1月から6月までの申請の場合は前々年) の所得証明書  
(4) 自動車検査証の写し (対象者が所有かつ運転するもの)  
(5) 改造を行う業者の見積書 (自動車の改造箇所及び改造経費を明らかにしたもの)  
※ 個人番号を利用する場合は、(3)を省略できる場合もあります。

委 任 状

年 月 日

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

を代理人と定め、下記の事項を委任します。

委任内容 身体障害者自動車改造費助成 の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い

委任者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

本人確認欄

番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票（個人番号付き）  
番号確認書類なし 拒否 ※ 拒否は、申し出があった場合とする。

身元確認 個人番号カード 運転免許証 障害者手帳  
健康保険の被保険者証+児童扶養手当証書 等  
人違いでないことを確認 その他（ \_\_\_\_\_ ）

本人確認担当者 氏名 \_\_\_\_\_