

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

印

(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。

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	申請者との続柄	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

(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、(1)、(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 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 _____ 印 _____

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 運転免許証 健康保険証の被保険者証+年金手帳 等

人違いでないことを確認 その他（ _____ ）

本人確認担当者 氏名 _____

同 意 書

下記の対象者にかかる身体障害者自動車改造費助成事業の申請にあたって、所得が基準以下であるか判定する必要があるため、下記の事項について貴職が調査することに同意します。

- 【同意事項】
- ・同一世帯に属する方を確認するため、住民票を確認すること
 - ・同一世帯に属する方の所得状況

年 月 日

美郷町長 様

【対象者氏名】 _____

【同意者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(対象者との関係 _____)

※ この同意書は、対象者又は対象者と同一世帯に属する家族が記名押印してください。