

年 月 日

障害者自動車運転免許取得費助成申請書

美郷町長 様

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄 ()

美郷町障害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、下記のとおり申請
します。

記

対 象 者	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	居 住 地		電 話 番 号	
	身体障害者 手帳番号 障 害 名	第 号 種 級	療育手帳番号	第 号 A ・ B
免 許 取 得 目 的				
免 許 証 交 付 年 月 日	年 月 日			
免 許 証 登 録 番 号				
備 考				

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 障害者自動車運転免許取得費助成 の手続き

委任者 住所 _____

氏名 _____

本人確認欄

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 _____