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　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　（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 |  | 個人番号 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |  |
| 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　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　 |