

鳥栖市長 様

(申請者) 住 所
氏 名
電話番号

鳥栖市障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

鳥栖市障害者自動車運転免許取得費助成金交付要綱第 5 条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

対象者	住所			電話番号		
	氏名			生年月日	年 月 (歳)	
手 帳 内 容	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳	
	手帳番号		手帳番号		手帳番号	
	第 号		第 号		第 号	
	交付年月日		交付年月日		交付年月日	
	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	障害等級		判定		障害等級	
	級		A ・ B		1 級 ・ 2 級 ・ 3 級	
	障害名		次回判定 有 ・ 無		有効期間	
			有の場合		年 月 日から	
			年 月 日		年 月 日まで	
免許取得理由						
所要経費		円	運転免許証 番 号	第 号 年 月 日交付		
助成金の振込先金融機関		金融機関 種 別	銀行 口座番号		支店	
鳥栖市障害者自動車運転免許取得費助成金交付要綱第 3 条第 5 号に規定する所得の確認のため、鳥栖市が所得の調査をすることに同意します。						
年 月 日 助成対象者氏名						

- 【添付書類】
- (1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
 - (2) 自動車運転免許証の写し又は特定免許情報が確認できる書面
 - (3) 免許を取得するために要した費用を証する書類
 - (4) 振込先口座が確認できるものの写し