

障がい者自動車運転免許取得助成申請書

年 月 日

菊池市長 様

(免許取得助成申請者)

住所

氏名

印

生年月日 年 月 日生 (歳)

連絡先 - -

菊池市障がい者運転免許取得・改造助成事業実施要綱第 6 条の規定により、自動車運転免許取得助成申請書を提出します。

身体障害者手帳	手帳番号： 県 第 号	交付年月日： 年 月 日
	等級： 種 級 障がい名 ()	
療育手帳	手帳番号： 県 第 号 等級：	交付年月日： 年 月 日
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号： 県 第 号 等級： 級	交付年月日： 年 月 日
疾病名		
運転免許取得歴 (丸で囲む)	有 (大型・普通・その他) ・ 無 (有の場合で取消処分等を受けた方はその理由)	
免許取得の 目的		
免許取得後の 計画		
添付書類	1 住民票の写し (公募等により確認できる場合は省略可) 2 公安委員会が発行する適性相談通知書の写し (身体障がい者のみ) 3 世帯全員の前年分の所得証明書 (公募等により確認できる場合は省略可) 4 障がい者手帳の写し、又は障がい者並びに難病患者であることを証明する書類の写し	
申請にあたっては、私の属する世帯の所得状況を課税台帳等により市が確認することに同意します。		
氏名		印