

日高市重度心身障害者自動車等燃料費補助金受給資格登録申請書

年 月 日

(あて先) 日高市長

申請者 住所 日高市
 (補助対象者) 氏 名
 電 話

日高市重度心身障害者自動車等燃料費補助金を受けたいので、下記のとおり受給資格の登録を申請します。

		受給資格登録番号	第	号
障 害 者	住 所	日高市		
	氏 名	生年月日	大 昭 平 令	年 月 日
	障 害 名 等 級	級	手帳番号	第 号

免 許 証	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)	障害者との 続 柄	
	免許番号		種 類	

自 動 車	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)		
	所 有 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)		障害者との 続 柄
	種 別	普通 小型 軽自動車 その他 ()	車両番号	
	使用目的	通学のため 通勤のため 通院のため その他 ()		

- 添付書類 (1) 自動車運転免許証の写し
 (2) 自動車車検証又は軽自動車標識交付証明書の写し