

日高市重度心身障害者自動車等燃料費補助金交付申請書

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交付要綱第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

		受給資格登録番号	第	号
補助申請額 円 (③の額)				
障害者氏名		車両番号	<input type="checkbox"/> 変更なし	
対象期間	年 月～ 年 月 (か月分)			
自動車等燃料費実費相当額①	円			
補助限度額②	円			
①と②を比較して少ない額③	円			

添付書類 対象期間内の自動車等燃料費領収書

(口座振替依頼)

	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
普通	口座番号	フリガナ
当座		口座名義人

※補助対象者は振込口座の名義人です

補助対象者の名義と異なる口座を使用する場合
 上記の口座を使用することについて承諾します。

口座名義人

(自筆による署名) : _____

電話番号 : _____

本人確認書類

--