

様式第16号（第58条関係）

障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

糸魚川市福祉事務所長 様

糸魚川市地域生活支援事業実施要綱第58条の規定により下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	電話番号 ()		
フリガナ		生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 児 童 氏 名		続 柄		
身体障害者 手帳番号		療育手帳番号		
入校予定自動車学校等の 名 称				
自動車学校入校予定期間	年 月 日から 年 月 日までの予定			
就 労 状 況				
免許を取得しようとする 理 由				