

様式第19号（第61条関係）

障害者自動車運転免許取得費助成請求書

年 月 日

糸魚川市長 様

住 所
氏 名



下記のとおり自動車運転免許取得に要した費用を請求いたします。

記

決 定 番 号	号	助 成 対 象 者 名 氏 名	
※運転免許証番号 及び交付年月日	第	号	
	年 月 日	交 付	
免許取得に要した 費 用	円	請 求 額	円

振込指定金融機関	(銀行・信金・信組・農協) 支店		
(フリガナ)		種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人		口 座 番 号	

注1) 添付書類：自動車学校の受領証の写し及び運転免許証の写し