様式第１号

身体障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年　　月　　日

豊川市社会福祉事務所長　殿

申請者　住所　豊川市
氏名　　㊞

下記のとおり自動車運転免許取得費の助成を申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">□　申請者に同じ

身体障害者
の　氏　名</td><td colspan="2">生年月日　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="4">取得理由</td></tr>
<tr><td>自動車教習所名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">取得した自動車
運転免許</td><td colspan="2">名　称</td><td rowspan="2">電話（　　）
ー</td></tr>
<tr><td colspan="2">所在地</td></tr>
<tr><td>取得費用</td><td colspan="3">円</td></tr>
</table>

添付書類　(1)　身体障害者手帳の写し
(2)　自動車運転免許証の写し
(3)　自動車運転免許証取得に要した費用を明らかにしたもの