

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

身体障害者の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
取得理由			
取得した自動車 教習所の名称及び 所在地	名 称	電話 () —	
	所在地		
取得に要した費用	円		

- 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証する書類の写し