

様式1号 (第5条関係)

身体障害者用自動車改造等助成申請書 (本人運転 介護者運転)

年 月 日

十日町市長 様

(申請者)

住所

氏名

印

対象者との続柄

下記により自動車改造等助成の申請をします。

なお、所得状況を地方税法に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

対 象 者	氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)
	住 所			
	身体障害者手帳番号	第 号	年 月 日交付	
	障 害 名			障害等級 級
本人運転の場合	運転免許証番号		年 月 日交付	
	改造条件記載の有無	有・無 (内容:)		
介護者運転の場合	対象自動車の所有者		対象者との続柄	
改造車を必要とする理由 (主な使用目的)				
改 造 車 種				
改 造 内 容 (具 体 的 に)				
対 象 経 費		円		
改造済の自動車 購入の場合	車 両 経 費 (総車両価格)	円		
	同種の標準型車 両本体価格	円		
	差額; 対象経費 (改造部分経費)	円		
※1 自動車学校入校予定日	年 月 日～	自動車学校名		
過去の本助成の有無	有 ・ 無 (有りの場合: 年 月)			

注) ・見積書の写し及び運転免許証の写しを添付すること。

・※1の欄は、運転免許証を取得していない場合に記入すること。