

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

十日町市長 様

住 所

申請者氏名

㊟

十日町市障害者自動車運転免許取得費助成申請書

十日町市障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

フリガナ				
障害者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所	〒 十日町市			
障害者手帳	第 号		年 月 日交付	
	障害名等		級 種	
教 習 所	名称			
	所在地			
補助対象経費	入学金		円	
	実技教習料		円	
	学科教習料		円	
	技能検定料		円	
	学科試験受験料		円	
	その他の経費		円	
	合 計		円	
教習開始予定日	年 月 日			