

茂原市障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

(宛先)茂原市長

居住地
申請者 氏 名
生年月日 年 月 日
(満 歳)
電話番号 ()

茂原市障害者自動車運転免許取得費助成事業実施規則第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
等級又は障害の程度	種 級	障害名	
免許の種類		免許取得を必要とする理由	
事業開始(予定)年月日	年 月 日	事業完了(予定)年月日	年 月 日
教習所(施設名)		免許取得費概算額	

添付書類

- (1) 身体障害者手帳の写し
- (2) 療育手帳の写し

(注)申請者は氏名を自書することにより、押印を省略することができます。