

茂原市障害者自動車運転免許取得費助成請求書

年 月 日

(宛先)茂原市長

居住地  
請求者 氏 名 (印)  
電話番号 ( )

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

(ただし、 年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた障害者自動車運転免許取得費に係る助成金として)

※この欄には記入しないでください。		
対象経費項目	対象経費	支給決定額
	円	
	円	
	円	
合 計		金 円

金融機関名	銀行 本店 農 協 支店 信用金庫 本所 支所
預金種目	当 座 ・ 普 通
口座番号	
名義人氏名	フリガナ -----

(注1)「免許証の写し」(表裏両面をコピーしたもの)と「免許取得に直接要した費用の額が明らかとなる領収書」(内訳がわかるもの)を添付してください。

(注2)銀行等の口座は請求者(申請者)本人の口座に限ります。