

第1号様式

障がい者自動車燃料費助成申請書

平成 年 月 日

社会福祉法人  
燕市社会福祉協議会長 様

(対象者)住 所  
氏 名  
電話番号

(申請者)住 所  
氏 名  
電話番号

対象者との続柄 (同居・別居)

下記のとおり、自動車燃料費の助成の対象者に該当しますので、障がい者自動車燃料費助成券を交付くださるよう申請します。

記

1.所持障害者手帳名(該当手帳に をつける。)

身体障害者手帳 ・ 療育手帳

2.所持障害者手帳の番号及び障がい名等

番 号 \_\_\_\_\_

障害名 \_\_\_\_\_

等 級 \_\_\_\_\_ ・ 程 度 \_\_\_\_\_

3.限定登録する自動車燃料費の助成対象となる自動車(1台とする。)

自動車登録番号(ナンバー) \_\_\_\_\_