別記第１号様式（第７条関係）

益城町障がい者自動車運転免許取得費助成申請書

年　　月　　日

　益城町長　　様

住所

氏名

生年月日　　　年　　月　　日生（　　歳）

電話番号

　自動車運転免許取得費用の助成を受けたいので、以下のとおり申請します。

　また、申請に関して必要な世帯員の住民登録資料、税務資料その他について、町が各関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 障害者手帳 | 手帳交付の有無 | 有・無 |
| 区分 | 身体 ・ 療育 ・ 精神 |
| 手帳番号 | 都・道・府・県　第　　　　　　　号 |
| 交付年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 疾患及び症状 |  | |
| 運転免許取得歴  （いずれかを○で囲む） | 有（大・中・普・その他（　　　　））・無  有の場合で取消処分等を受けた方はその理由を以下に記載 | |
| 免許取得目的 | 通勤 ・ 通学 ・ 就労 ・ その他（　　　　　　　　　　　　　） | |
| 添付書類 | １　公安委員会が発行する安全運転相談終了書又は安全運転相談通知書の写し（身体障がい者及び精神障がい者に限る。）  ２　申請者の属する世帯全員の前年分（申請日が１月から６月に属する場合は前々年分）の所得税課税対象額（各種所得控除後の額）が確認できる書類の写し（公簿により確認できる場合は不要）  ３　身体障害者手帳、知的障がい者であることが確認できる書類、精神障害者保健福祉手帳又は難病等患者であることの確認ができる書類の写し | |