

様式第1号(第4条関係)

障害者自動車運転免許取得助成事業補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 千曲市長

(申請者)

住所

氏名

電話番号 () -

年度において、障害者自動車運転免許取得助成事業を実施したいので、次により補助金を交付してください。

1 申請額 金 円

2 事業の内容

免許取得者氏名			
障害種別		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> ()	
手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
障害名 該当に○をし、 ()内に等級を記入し てください。	聴覚 ()・平衡 () 音声 ()・言語 ()・そしゃく () 肢体不自由 () ※身体障害に応じた補助手段を要する者 療育 ()・精神 ()		
総事業費 A	対象経費 B	補助金額 (B×1/2)	
円	円	円	

注) 1 A欄には、免許取得に要する費用の予定支出額を記入すること。

2 B欄には、A欄の額に3分の2を乗じて得た額(千円未満は、切り捨てること。ただし、20万円を超える場合には20万円とする。)を記入すること。