

身体障害者用自動車改造費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 千曲市

氏 名

電 話 — —

年度において、身体障害者用自動車改造費助成事業を実施したいので
助成金 円を交付してください。

氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
住 所	千曲市				
身体障害者手帳番号	第 号	交 付 年 月 日		年 月 日	
障 害 名				等 級	種 級
職 業（勤務先）				就労中 ・ 就労確定	
使 用 目 的					
改造自動車の種類	(車種)	(年式)	(排気量)		
改造箇所及び改造費用(概算)	(改造箇所)	(改造費用)			
免許取得年月日	年 月 日				
備 考					

（添付書類） 改造費の見積書、カrotchの写し、改造予定箇所・車両外観の写真、運転免許証の写し、車検証の写し、身体障害者手帳の写し

※所得により該当にならない場合があります。（特別障害者手当の所得制限限度額）

※補助金限度額・・・10万円を限度とする。

（注）ここから下は、記入しないでください。

課税所得金額		所得制限限度額	
改造に要する経費（A）	基準費（B）	補助額（A・Bいずれか少ない額）	
円	円	円	
確認欄	職氏名	Ⓜ	