

西尾市身体障害者自動車運転免許取得費助成申請書

(宛先) 西尾市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。また、以下の事項について同意します。

支給決定に必要な申請者及び親族の所得状況、世帯状況等の調査について、西尾市が必要に応じて公簿（電子計算機の記録情報を含む）等によって確認することや関係機関へ照会すること。

申請者氏名

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名			年月日	年 月 日
	居住地	〒			
身体障害者手帳	番号		交付年月日	年 月 日	
	障害名				
取得理由					
自動車教習所名					
教習所住所及び電話番号	電話				
教習実績	実技	回	円	運転免許証番号	第 号 年 月 日交付
	学科	回	円		
	計	回	円		
添付書類	(1)身体障害者手帳の写し (2)自動車運転免許証の写し (3)免許を取得するために要した経費を明らかにする書類				

※いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
	氏名			申請者との関係	
	住所	〒			
電話					