

年 月 日

柏崎市障害者自動車燃料費等助成申請書

柏崎市長 様

自動車燃料費等 の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	氏名	Ⓜ (個人番号)	電話		
	住所				
障害者	氏名	(個人番号)	生 年 月 日	年 月 日	
	住所				
手帳の内容	身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日
		障害等級	級	障害名	
	療育手帳 A	手帳番号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日
	精神障害者手帳 1 級	手帳番号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日

区分	通 学	施設名		回 数	週 回
	通 院	医療機関名		回 数	週 回
			距 離	自宅から . km	
通 所	長岡聾学校 ・ 新潟盲学校		距 離	自宅から . km	
使用する自動車	所有者名		障害者との続柄		
	自動車登録番号		排気量	cc	
	燃料の種類	<input type="checkbox"/> ガソリン <input type="checkbox"/> 軽油 <input type="checkbox"/> 電気			
車の運転	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				

※添付書類    車検証の写し    運転免許証写し