様式第１号（第５条関係）

坂戸市障害児介護用自動車燃料購入費補助金受給資格認定申請書

年　　月　　日

坂戸市長　あて

申請者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　㊞

電話番号

補助金の交付を受けたいので、坂戸市障害児介護用自動車燃料購入費補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児 | 障害児氏名 |  | 続柄 |  |
| 障害児住所 |  |
| 障害名等 |  | 等級 |  |
| 手帳番号 |  |
| 疾病名 |  |
| 受給者証番号 |  |
| 運転者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 運転免許証番号 |  |
| 所有者氏名 |  | 障害児との続柄 |  |
| 自動車登録番号 |  |

添付書類

１　障害児に係る身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、医療受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

２　申請者に係る運転免許証の写し

３　自動車検査証の写し