身体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

安曇野市長　　　　　様

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　　　印

身体障害者自動車運転免許取得助成事業補助金交付を受けたいので、下記のとおり申請をします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | 性別 | 男・女 |
| 身体障害者  手帳番号 | 県　第　　　号 | | 交付年月日 | |  |  | | |
| 障害名  及び等級 |  | | | | | | | |
| 免許取得  理由 |  | | | | | | | |
| 自動車  学校名 |  | | | | | | | |
| 免許取得  予定年月日 |  | | | | | | | |
| 所要額  内訳 | 事業に要する経費Ａ | 基準額Ｂ | | 補助額（Ａ、Ｂいずれか少ない額） | | | | |
| 円 | 円 | | 円 | | | | |
| 補助申請額 | 円 | | | | | | | |

　（注）

１　Ａ欄には、免許取得に要する額を記入すること。

２　Ｂ欄には、Ａ欄の額に３分の２を乗じて得た額（千円未満の端数は切り捨てること。ただし、10万円を超える場合には10万円とする。）を記入すること。