

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 ㊦

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	年 月 日 (歳)		
住 所				性別	男・女
身体障害者 手帳番号	県 第	号	交付年 月日	年 月 日	
障 害 名 及 び 等 級	(種 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。

交付を取り消され、又は交付する額を超える補助金が交付されたため、補助金の返還を求められたときは、納期日までに納付します。

なお、納期日までに納付しなかったときは、納期日の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既に納付した額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した遅延損害金を併せて市に納付します。