様式第1号(第5条関係)

赤磐市心身障害者自動車操作訓練助成申請書

年　　月　　日

　赤磐市長　　　　様

住所

申請者　氏名

電話

　次により心身障害者自動車操作訓練費の助成を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 年　　月　　日生(　　歳) |
| 住所 | 赤磐市 |
| 職業又は勤務先 | 　 |
| 身体障害者手帳 | 障害名 | 　 |
| 障害等級 | 　 | 手帳番号 | 号 |
| 療育手帳 | 障害の程度 |  | 手帳番号 | 号 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 障害等級 |  | 手帳番号 | 号 |
| 免許取得目的 | 　 |
| 取得済みの運転免許 | 種類 | 　 | 交付年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 番号 | 　 | 公安委員会　交付 |
| 取得予定免許の種類 | 　 |
| 運転免許取得計画 | 　　　年　　月　　日入校　　　　　年　　月　　日卒業予定免許取得時期　　　　　　年　　月　　日頃 |
| 入校する自動車学校 | 学校名 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 備考 | 　 |

添付書類　1　身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し

　　　　　2　取得済みの自動車運転免許のある方は、その写し