

様式第1号(第5条関係)

赤磐市中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