

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 (印)  
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
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