　　　年　　　月　　　日

障害者自動車運転免許取得費助成申請書

　　　美郷町長　　様

　　　申請者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　（対象者との続柄）

　美郷町障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | フリガナ |  | 個人番号 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |  |
| 居住地 |  | | 電話番号 |  |
| 身体障害者手帳番号障害名 | 第　　　　　　　号・　　 種　　 級 | | 療育手帳番号 | 第　　　　　　号  Ａ　・　Ｂ |
| 免許取得目的 | |  | | | |
| 免　　許　　証  交付年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 免　　許　　証  登録番号 | |  | | | |
| 備考 | |  | | | |

|  |
| --- |
| 委任状  　　　年　　月　　日  代理人　住所  氏名  　を代理人と定め、下記の事項を委任します。    委任内容　　　　　　　　　　　の手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い  　委任者　住所    氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  本人確認欄  番号確認　□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号付き）  □番号確認書類なし　□拒否　※　拒否は、申し出があった場合とする。  身元確認　□運転免許証　□健康保険証の被保険者証＋年金手帳　等  □人違いでないことを確認　□その他（　　　　　　　　　　　　　　）    本人確認担当者　氏名 |