

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		
	氏 名			生 年 月 日	年 月 日
	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
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 _____