

障害者自動車運転免許取得助成申請書

年 月 日

福祉事務所長 殿

申請者 氏 名 ⑩
住 所
電話番号
生年月日 年 月 日(男・女)
(個人番号 - -)

下記のとおり自動車運転免許を取得したいので、その費用について助成していただくようお願いします。

記

1 障害の状況

- ・ 障害者手帳番号 大分県 第 号
- ・ 障害名
- ・ 等級 (1・2) 種 級

2 入校及び訓練予定の自動車学校等

- ・ 名称
- ・ 所在地
- ・ 費用の概算額
 - イ 入学金 円
 - ロ その他 円
 - 内 訳 A 円
 - B 円
 - 合 計 円
- ・ 入校及び訓練開始月 年 月

3 自動車運転免許を必要とする理由