

様式第1号（第4条関係）

金沢市障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

（宛先） 金沢市長

申請者名 _____

障害者自動車運転免許取得費助成事業による助成を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな 氏名			年 月 日生	年齢 歳
住所	金沢市		電話（ ） -	
職業および勤務先				
手帳の種類	身体 療育 精神	手帳級別・ 程度		
手帳番号	県・市第 号			
手帳交付年月日	年 月 日			
手帳に記載の 障害名（身体のみ）				
教習所の名称		受講 期間	年 月 日から 年 月 日まで	
免許証の番号		免許取得 年月日	年 月 日	
免許の種類	第1種 第2種 普通 大型 その他			
免許の条件				
免許の利用方法				
免許取得の経費	_____ 円			
<p>障害者自動車運転免許取得費の助成決定に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>（宛先） 金沢市長</p> <p style="display: flex; justify-content: space-around;"> 氏名 _____ (署名又は記名押印) 氏名 _____ (署名又は記名押印) </p> <p style="display: flex; justify-content: space-around;"> 氏名 _____ (署名又は記名押印) 氏名 _____ (署名又は記名押印) </p>				