

身体障害者用自動車改造等助成申請書

(本人運転 介護者運転)

年 月 日

阿賀野市長 様

(申請者)

住所 阿賀野市

氏名

対象者との続柄

次により自動車改造等助成の申請をします。

なお、世帯の所得状況を地方税法(昭和25年法律第226号)に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。

対象者	氏名		男・女		年 月 日生( 歳)
	住所	阿賀野市			
	身体障害者手帳番号		第 号		年 月 日交付
	障害名			障害等級	級
本人運転の場合	運転免許証番号			第 号	年 月 日交付
	改造条件記載の有無	有・無 (内容: )			
介護者運転の場合	対象自動車の所有者			対象者との続柄	
				個人番号	
改造車を必要とする理由 (主な使用目的)			世帯員	氏名	個人番号
改造車種					
改造内容 (具体的に)					
対象経費	円				
改造済の自動車購入の場合	車両経費 (総車両価格)	円			
	同種の標準型車両 本体価格	円			
	差額:対象経費(改造 部分経費)	円			
※自動車学校入校予定日	年 月 日～		自動車学校名:		
過去の本助成の有無	有・無 (有りの場合: 年 月)				

(注) 1 見積書の写しを添付すること。

2 ※の欄は、運転免許証を取得していない場合に記入すること。