

名張市重度障害者等自動車燃料費助成認定申請書

平成 年 月 日

名張市長様

申請者（本人又は保護者）

住所 名張市

氏名

続柄（保護者申請の場合）

電話

名張市重度障害者等自動車燃料費助成事業の資格認定を受けたく、車検証、運転者の免許証の写し及び介護者運転の場合は通園、通院等証明書を添えて申請します。

本人の氏名					
生年月日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	年齢	歳		
住所	名張市				
手帳の種類	等級・区別	手帳番号		交付年月日	
身体障害者手帳	級	第	号	年	月 日
療育手帳		第	号	年	月 日
精神障害者保健福祉手帳	級	第	号	年	月 日
自動車を運転する者	氏名			本人との続柄	
	住所	名張市			
自動車の所有者 (本人又は手帳に記載の保護者)	氏名			本人との続柄	
	住所	名張市			
	車両番号			使用燃料	
現在の状況	1 就学前 (身体障害者手帳 3～6級・療育手帳 B 含む) 2 就労 3 在宅 4 長期入院 5 施設利用 (施設名) 6 通学 (学校名等 学年)				

受付日	住所	手帳の等級等			受給資格
		本人運転	介護者運転	通院等証明書	有・無
要件確認		身体障害者手帳	1・2	1・2・(3・4・5・6)	有・無
		療育手帳	A・(B)		有・無
		精神保健福祉手帳	1		有・無
	所有者	本人・その他()	本人・保護者・その他()		