

様式第1号（第4条関係）

身体障がい者用自動車改造費助成金交付申請書

年 月 日

（宛名） 伊達市健康福祉部長

住所 伊達市 町 番地

申請者

氏名

印

身体障がい者用自動車改造費助成金の交付を受けたいので、申請します。

| | | | | | | | |
|--|---------------|---------|------|-----------|-----|---|---|
| 対象者 | 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 身体障害者 手帳番号 | 第 号 | | 障がい 等級 | 種 級 | | |
| | 障がい名 | | | 職業又は勤務先 | | | |
| 自動車改造に 必要な理由 | | | | | | | |
| 改造箇所 | | | | | | | |
| 助成対象経費 | | | | | | | |
| 運転免許証番号 | | | | | | | |
| 車両番号等 | | | | | | | |
| 改造を行う業者 | | | | | | | |
| 家族 | 氏 名 | 申請者との続柄 | 生年月日 | 職 業 | 備 考 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 助成金 | 金融機関名 | 店 | 口座番号 | (普通) | | | |
| 振込先 | 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | |
| 同 意 書 | | | | | | | |
| 上記申請書の提出にあたり、伊達市が私の世帯の住民基本台帳、住民税課税台帳等、調査に必要な公簿を閲覧することに同意します。 | | | | | | | |
| 申請者（又は世帯主） | | | | 印 | | | |