　　様式第１号（第４条関係）

身体障がい者自動車操作訓練費助成申請書

年　月　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　印

　身体障がい者自動車操作訓練費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者 | 住　　所 |  | | | | | | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | 性別 |  | 電話  番号 |  | | |
| 身体障害者手帳番号・等級 | | 第　　　号 | | | | | 級 |
| 障害名 |  | | | | | | |
| 運転免許  取得の目的 | |  | | | | | | |