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 |  |