身体障がい者用自動車改造費助成申請書

　　年　　月　　日

　伊達市福祉事務所長

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　印

　身体障がい者用自動車改造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 | 　 |
| 自動車改造の目的 | 　 |