

第1号様式（第6条関係）

障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

（あて先）上越市長

申請者 住所

氏名

電話番号

次のとおり障害者自動車運転免許取得費の助成を申請します。

免許取得希望者	住所				申請者との続柄
	氏名	生年月日	年	月 日	
身体障害者手帳	番号				
	障害名				
入校（予定）自動車学校等の名称					
自動車学校等の入校（予定）期間	年 月 日から		年 月 日まで		
免許取得理由					
自動車学校等に要する費用	円				
備考					

※ 記載された個人情報は、障害者自動車運転免許取得に関する業務以外には使用しません。