

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（免許取得者） 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。

免許取得者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
身体障害者手帳	番 号			
	障害名			
免 許	交付年月日	年 月 日		
	免許証番号			
入校した自動車 学校等	名 称			
	入校 年月日	令和 年 月 日	卒業 年月日	令和 年 月 日
免許取得理由				
申 請 額	円			
備 考				
振 込 先	銀行 信用金庫 組合		支店・支所名	
			預金種目	
	口座番号			
	フリガナ			
	口座名義人			

*申請者（免許取得者）名義の口座を記入してください。

*記載された個人情報、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。