

第1号様式（第6条関係）

身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり身体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										
免 許 取 得 理 由											
申 請 額	円										
備 考											
振 込 先 （申請者名義）	金融機関名	銀行 信用金庫 組合				支 店 名					
	口 座 番 号							口 座 種 別	当座 普通		
	（フリガナ） 口座名義人										

同意・誓約事項（□にレ点を記入してください。）

☐ 助成金の交付決定の審査のため、福祉課の職員が私の障害状況に係る公簿等を閲覧（確認）することに同意します。

（上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約）

（1） 助成金を暴力団の活動に使用しません。

（2） 助成金の交付の対象となる事業により暴力団に対し利益を供与することはありません。

（3） （1）又は（2）に反する場合は、この申請を却下され、助成金の交付の決定を取り消され、又は交付を受けた助成金を返還することを承諾します。

☐ 上記について誓約します。