

第3号様式（第6条関係）

番号	
----	--

上越市障害者自動車燃料購入費助成申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

申請者

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

（障害者との関係 _____）

電話番号 _____

次のとおり自動車燃料購入費の助成を申請します。

障 害 者	ふりがな 氏 名	※	生年月日	年 月 日
	住 所	※	電話番号	※ ()
	個人番号			
障害者手帳	番 号	第 号	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級 2級 3級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級 2級	
	交付年月日	年 月 日		
申請者の 運転免許証	交付年月日	年 月 日	番 号	第 号
車 検 証	自 動 車 登 録 番 号		使用 者	※

※ 申請者と同じ場合は、「同上」と記載してください。

上越市タクシー等利用料金等助成の所得基準の判断のため、障害者及び世帯全員の課税内容について調査することに同意します。

障害者氏名

備考

- この申請書を窓口を持参するときは、個人番号カード、障害者手帳、運転免許証及び車検証を持参してください。
- この申請書を郵送される場合は、個人番号カード、障害者手帳、運転免許証及び車検証の写しを添付してください。
- 認定審査に課税内容が必要となりますので、署名又は記名押印をしてください。
- 自動車燃料購入費の助成申請を申請者本人と同居する家族以外の人に委任するときは、裏面の委任状に記入し、署名又は記名押印をしてください。

委 任 状

自動車燃料購入費の助成申請に関する権限を下記代理人に委任します。

申請者 氏 名 _____

代理人 氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____ — _____