

様式第1号(第5条関係)

運転免許取得費補助申請書

年 月 日

(宛先)春日市福祉事務所長

(申請者)住所
氏名
電話

春日市障害者自動車運転免許取得費補助要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

なお、運転免許取得費補助決定のため、私の世帯の住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことを承諾します。

氏名 生年月日	年 月 日生(才)		
住所			
身体障害者 手帳	年 月 日交付 第 号 級	障害名	
療育手帳	福岡県第 号 (次回判定 年 月) 障害程度 A ・ B		
精神障害者 保健福祉手帳	第 号 有効期間 年 月		
免許取得後 の計画			
備考			

*添付書類 自動車運転免許取得計画書