葉山町重度障害者自動車燃料費助成認定申請書

第1号様式（第4条関係）

年　　　月　　　日

葉山町長　　殿

住　所：

申請者

氏　名：

電　話：　　　　　（　　　　　）

対象者との続柄：

　葉山町重度障害者自動車燃料費助成の認定を受けたく申請します。

　また、認定事務に伴い、町が申請内容に関する調査を行うことに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 住　　所 | 葉山町 | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 | ( 　 　) |
| 手帳種別 | 手帳種類 | 身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳 | | |
| 障 害 名 |  | | |
| 手帳番号 | 都･道･府･県･市　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 交 付 日 | 年　　月　　日 | 等　　級 |  |
| 運転者氏名  □対象者と同じ  □申請者と同じ | 住　　所 | 葉山町 | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | 対象者との続　　　柄 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 | ( 　　) |
| 免許証番号 |  | | | |
| 自動車の所有者  □対象者と同じ  □申請者と同じ | 住　　所 | 葉山町 | | |
| フリガナ  氏　　名 |  | 対象者との続　　　柄 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 電話番号 | ( 　　) |
| 自動車登録番号 |  | | | |
| □対象者は病院または診療所に継続して３か月を超えて入院していない。（予定も含む） | | | | |

　　　　※運転者・自動車所有者が本人若しくは同居の家族又は町内在住の２親等以内の親族若しくはそ

　　　　　の配偶者でないと燃料費助成は受けられません。必要に応じて、証明書類の提出を求めること　　　があります。

　　　　※タクシー券の交付を受けている場合は燃料費助成は受けられません。

　　　　※運転氏名・自動車の所有者が対象者・申請者と同じ場合は記入不要。