

葉山町重度障害者自動車燃料費助成認定申請書

R●年 ○月 △日

葉山町長 殿

申請者

住 所： 葉山町一色〇―〇

氏 名： 葉山 太郎

電 話： 046 (〇〇〇) ××××

対象者との続柄： 本人

障害者手帳を
お持ちの方
について記入
してください。

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。

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	葉山町一色〇―〇		
	フリガナ	ハ ヤ マ タ ロ ウ		
	氏 名	葉山 太郎		
	生年月日	S30 年 ×月 ○日	電話番号	046(〇〇〇)××××
対象者・申請者と同様の場合は、✓のみで結構です。	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	肢体不自由		
	手帳番号	神奈川県・道・府・市 〇〇〇〇 号		
	交 付 日	HO年 ○月×日	等 級	1 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		対象者との続柄	
	氏 名		電話番号	()
免 許 証 番 号	第△△△△△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		対象者との続柄	
	氏 名		電話番号	()
自動車登録番号	横浜〇〇〇ほ〇〇〇〇			
✓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)				

必ず✓をつけてください。
該当しない方は、交付を受けられません。

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ある場合は、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

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ある場合は、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。