様式第1号(第4条関係)

国頭村障害者自動車運転免許取得費助成申請書

　　年　　月　　日

　　国頭村長　　　　様

居住地

申請者　氏名　　　　　　　　　　印

生年月日　　　　年　　月　　日

(満　　歳)

電話番号　　　　(　　)

　国頭村障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 | 第　　　　号 | | 交付年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 等級又は障害の程度 |  | | 障害名 | |  | |
| 免許の種類 |  | 免許取得を必要とする理由 | |  | | |
| 事業開始(予定)年月日 | 年　　月　　日 | | 事業完了(予定)年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 教習所  (施設名) |  | | 免許取得費概算額 | | |  |

添付書類

　(1)　身体障害者手帳又は療育手帳の写し

　(注)　申請者は氏名を自書することにより、押印を省略することができます。