様式第4号（第7条関係）

|  |
| --- |
| 身体障害者用自動車改造費助成給付券 |
| 交付番号 | 第　　　　　　　号 | 給付券発行年月日 | 　　年　　月　　日　 |
| 氏名 | 　　年　　月　　日生 | 住所 | 　　　　市　　　　町 |
| 改造自動車 | 車種 | 車名 | 車台番号 | 年式 | 排気量 |
|  |  |  |  |  |
| 改造箇所 |  | 所要額 | 円 |
| 公費負担額 | 円 |
| 住所業者氏名 | 電話　　（　　）　　　　 |
| 上記のとおり決定する。　　　　　　年　　月　　日㊞　 |
| 登録年月日 | 　　年　　月　　日 | 受給者が業者に提示する期限 | 　　年　　月　　日 |
| 登録番号 |  | 業者の支払請求期限 | 　　年　　月　　日 |
| 検査年月日 |  | 受領年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 検査員職氏名 |  | 受領者氏名 |  |
| その他特記事項 |  |

改造を終了したときは、業者は検査員、申請者立会いのうえ、検査を受けること。本券は、請求書に添付すること。