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。