

妙高市障がい者自動車燃料費助成申請書

年 月 日

妙高市長 宛て

燃料費の助成を受けたいので次のとおり申請します。

申請者	住所		電話	
	ふりがな		対象障がい者との関係	
	氏名			
対象障がい者	住所	※申請者が障がい者本人でない場合のみ記入 妙高市		
	氏名	( 年 月 日生)		
申請額		円		
振込希望金融機関 申請者名義 に限ります。	(銀行・信金・労金・農協) 支店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 _____	
福祉タクシー利用券の交付の有無		有 ・ 無		
自動車燃料費の助成申請の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。 氏名				

- 添付書類
- 1 身体障害者手帳、療育手帳又は精神保健福祉手帳の写し
  - 2 運転免許証の写し
  - 3 車検証の写し
  - 4 対象燃料の領収書等

※皆様からお預かりした口座の個人情報は、妙高市の財務会計に登録され、妙高市からの振り込みのみに使用し他の目的には一切使用しません。なお、ご提供いただいた口座を閉鎖した場合等は、お手数ですが市会計課へご連絡ください。

※市記入欄 (次の欄には記入しないでください。)

助成済額 A	今回申請額 B	助成限度額 C	助成決定額 D
円	円	円	円