

様式第1号（第5条関係）

身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

能代市長 様

申請者 住所  
氏名

次のとおり身体障害者自動車運転免許取得費助成金を申請します。

住所 (能代市に住んでいた 時の住所)	( )				
氏名				性別	男・女
生年月日	年 月 日				
身体障害者手帳の番 号・交付年月日・障 害名・等級	番号	第 号	交付年月日	年 月 日交付	
	障害名			等級	種 級
免許取得目的					
免許証交付年月日	年 月 日				
免許証の番号					
備考					

※市外在住者は、能代市に住んでいたときの住所を( )内に記入すること。