

NO. _____

松戸市心身障害者自動車燃料助成変更・消滅届

年 月 日

(宛先) 松戸市長

住 所 _____ 松戸市 _____

運転者氏名 _____

障害者氏名 _____

障害者の生年月日 _____ M・T・S・H・R _____ 年 月 日

電話番号 _____ () _____

松戸市心身障害者自動車燃料助成要綱第8条の規定により届け出ます。

記

変更・消滅理由

変更		消滅	
1	自動車の変更(車種変更なし)	7	市外転出 (月 日)
2	自動車の変更(車種変更あり) (No. _____ ⇒ No. _____)	8	障害程度変更 (障害非該当)
3	運転者を変更 (No. _____ ⇒ No. _____)	9	自動車を使用しなくなった
4	住所を変更	10	死亡 (月 日)
5	氏名を変更	11	その他(_____)
6	その他(_____)		

内 容

車両番号	
車 種	<input type="checkbox"/> 普通自動車(レギュラー) <input type="checkbox"/> 普通自動車(ハイオク) <input type="checkbox"/> 軽自動車(レギュラー) <input type="checkbox"/> ディーゼル車(軽油)

※注 ; 変更・消滅理由の該当する番号に○印を付けて下さい。