

NO. _____

松戸市中心身障害者自動車燃料助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 松戸市長

申請者 住所 松戸市 _____

氏名 _____

電話 () _____

松戸市中心身障害者自動車燃料助成要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

記

障害者	(ふりがな) 氏 名					生 年 月 日		年 月 日			
	個人番号										
障害 程 度	該当箇所に○を記入してください。		視覚障害 1級～3級・4級の1					体幹障害 1級～3級・5級			
			上肢障害 1級・2級					平衡障害 3級			
			下肢障害 1級～6級					聴覚障害 2級～3級			
			内部障害 1級～3級					知的障害 Aの2以上			
			精神障害者保健福祉手帳1級								
車 両	燃料区分		レギュラーガソリン20リットル (普通自動車)					ハイオクガソリン18リットル (普通自動車)			
			レギュラーガソリン15リットル (軽自動車)					軽油15リットル (ディーゼル車)			
	車両番号				排気量			運転種別	本人運転・家族運転		
	運転者名							障害者 との関係			
	所有者名							障害者 との関係			
使用目的		1 通院 (週・月 回) 2 その他 ()									

同意書

助成申請にあたり、申請者が本制度を利用する間、当該事務手続に必要な範囲において、課税状況及び世帯構成の状況を調査することに同意します。

氏名 _____ 印 (個人番号 _____)

氏名 _____ 印 (個人番号 _____)

氏名 _____ 印 (個人番号 _____)

氏名 _____ 印 (個人番号 _____)