

様式第 1 号（第 4 条関係）

伊予市身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

ふり 氏	がな 名		性 別	男・女	生年月日	年 月 日	年 齢	歳
本籍地		(都道府県のみ)						
現住地		伊予市						
職業（勤務先）								
身体障害者手帳		第 号 年 月 日交付						
障害名及び等級		種 級						
免許取得理由								
取 得 方 法	自動車教習所名							
	所在地							
	訓練期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	免許取得年月日	年 月 日						
所要経費（a）		円						
（b） （a）×2/3		円						
限度額（C）		100,000円						
申請額 （b）or（c）		円						
<p>上記により自動車免許を取得したので、伊予市身体障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>伊予市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 印</p>								