

障害者自動車燃料費助成券交付申請書

年 月 日

（あて先）登米市長

（申請者）

住 所 登米市

氏 名

障害者との続柄（ ）

電話番号（ ）

障害者自動車燃料費助成券交付申請のため、私及び私の世帯の住民登録資料及び税務資料（市町村民税の課税台帳）について閲覧する等の調査をすることを承諾します。

氏 名	印	氏 名	印
	印		印
	印		印
	印		印
住民税課税状況		課税 ・ 均等割課税 ・ 非課税	

自動車燃料費助成券の交付を受けたいので申請します。

障 害 者	申請者に同じ <input type="checkbox"/>		
	そ の 他 <input type="checkbox"/>	住 所	登米市
手 帳 番 号	県 第 号	等 級	1級・2級・3級（内部・下肢）・A
障 害 別	視覚・聴覚・肢体・内部・療育・精神		
車 両 所 有 者	申請者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ <input type="checkbox"/>		
	そ の 他 <input type="checkbox"/>	住 所	登米市
登 録 車 両	車 種	車 検 証 番 号	
ナ ン バ ー			
運 転 者	申請者に同じ <input type="checkbox"/> 障害者に同じ <input type="checkbox"/> 車両所有者に同じ <input type="checkbox"/>		
	そ の 他 <input type="checkbox"/>	住 所	登米市
免 許 証 番 号			
施 設 入 所	無・有	入院	無・有（ 年 月 日～）

※ 申請するときは、自動車免許証及び車検証を提示願います。

交 付 枚 数	（ ）か月分×2枚＝（ ）枚		
交 付 番 号	第 号	燃料費助成券受領印	