

NO. _____

松戸市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	※家族運転の場合のみ記入してください。				障害者との関係	
	所有者名	※家族運転の場合のみ記入してください。				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 _____)

※申請者が自動車の運転をしない場合は、同一生計を営む方全員の同意をお願いします。