

No. _____

松戸市中心身障害者自動車燃料助成変更・資格喪失届

年 月 日

(宛先)松戸市長

届出者（受給者） 住所
氏名
電話
障害者氏名
障害者の生年月日
運転者氏名

松戸市中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・資格喪失理由（該当する番号に○印を付けてください。）

変更		資格喪失（障害者に係るもの）	
1	障害者氏名の変更	6	通院等に自動車を使用しない。
2	障害者の市内転居	7	障害程度変更による非該当
3	運転者の変更	8	市外転出（ 年 月 日）
4	障害者又は生計同一者の所有する自動車の車両番号の変更	9	死亡（ 年 月 日）
5	障害者又は生計同一者の所有する自動車の所有者の変更	10	施設への入所 （入所日： 年 月 日）
		11	入院後3か月経過 （入院日： 年 月 日）
		12	その他（ ）

内容