

NO. _____

松戸市中心身障害者自動車燃料助成申請書

年 月 日

(宛先) 松戸市長

申請者 住所

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	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（障害者本人又は市内に居住かつ住民票を有する扶養義務者に限る。）						
	所有者名				障害者との関係（障害者本人又は障害者と同一生計を営む3親等内の親族に限る。）						
使用目的		1 通院（ 週・月 回） 2 その他（ ）									

同意書

私は、松戸市中心身障害者自動車燃料助成要綱第3条第1項に規定する助成対象者として市内に住所を有する扶養義務者が申請者となる場合において、申請者又は申請者以外の障害者と同一生計を営む親族として、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 _____)