様式第４１号（第８５条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者自動車運転免許取得費助成申請書  年　　月　　日  小野町長　　　　　　　様 | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話 | | | | | |
| 障害者自動車運転免許取得費助成を下記のとおり申請します。  記  1　申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円  2　申請者の状況 | | | | | | | | | |
|  | 氏名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生(　歳) | | |  |
| 職業（勤務先） |  | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | 都道府県（指定都市）第　　　　号 | | | | | 年 　月 　日交付 | |
| 障害名 |  | | | 障害等級 | | 種　　級 |
| 免許取得の目的 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |