

様式第1号（第5条関係）

身体障害者自動車改造費給付申請書

年 月 日

三原市長 様

申請者住所

氏 名

自動車改造費の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象者氏名	(ふりがな)			身体障害者手帳番号	県・市第 号		
障害名				障害の等級	級		
世帯構成	世帯構成員氏名	続柄	生年月日	自動車改造について	車名	登録番号	
		本人			改造の内容		
					改造費所要額	円	
					給付申請額	円	
					改造予定年月日	年 月 日	
自 使用目的	(該当を○で囲む。)			運転の確認	免許の条件等 (正確に記入のこと。)		
	1 通勤に使用 2 商用(自営)に使用 3 その他				確認者氏名		

(注)

- 1 三原市身体障害者自動車改造費給付事業実施要綱第5条に定める添付書類を提出すること。
- 2 「世帯構成員氏名」欄には、対象者本人を含めた世帯員全員について記載すること。