

心身障害者自動車燃料費助成認定登録申請書

目黒区長 宛て

障 害 者	フリガナ					区記入欄		
	氏名					決定番号	第 号	
	生年月日	1 大正 3 平成 2 昭和 4 令和			(歳)	助成開始月	年 月	
	手帳番号	第 号			交付年月日	年 月 日		
	障害 状況 等	身体障害者手帳	等級	種 級		上肢 ・ 下肢 ・ 体幹		
		愛の手帳	程度	度		内部 () ・ 視覚		
特殊疾病名				脳性マヒ ・ 進行性筋萎縮症				
福祉タクシー受給の有無		有 ・ 無						
車両 所有者	氏名			障害者との 関係				
車両情報		別紙 車検証のとおり						
振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合	支店		普通 ・ 当座	口座番号			
		店番号 ()			フリガナ			
					口座名義人			

上記のとおり心身障害者自動車燃料費助成の受給資格の認定を申請します。
なお申請を行うにあたり、次のことに同意します。

- 1 区担当職員が職務上、身体障害者手帳又愛の手帳情報、生活保護受給状況および課税台帳等による所得状況の確認、その他心身障害者自動車燃料費の助成資格について必要な調査を行うこと。
- 2 心身障害者自動車燃料費を、上記の口座に口座振替の方法をもって振り込むこと。

令和 年 月 日

●申請者（対象者本人）●

住所 _____ 電話番号 _____ () _____

氏名 _____

●代行者●

住所 _____ 電話番号 _____ () _____

氏名 _____ (申請者との関係)