

長沼町身体障害者自動車運転免許取得費助成申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 長沼町第 区  
氏名 印

自動車運転免許取得費用の助成を受けたいので、長沼町身体障害者自動車運転免許取得費助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき申請します。

障 害 に 関する事項	障 害 名	
	障 害 等 級	種 級
	身体障害者 手帳番号	第 号
職業又は希望する職業		
教 習 に 関する事項	所 在 地	
	名 称	
	教習開始 予定月日	年 月 日