

長沼町身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

長沼町長 様

申請者 長沼町第 区
氏名 印

長沼町身体障害者運転免許取得費助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき次のとおり助成金の交付申請をします。

運転免許取得に要した費用		円
助成金交付申請額		円
助成金振込先	金融機関名	銀行 支店
	口座名	
	口座番号	