

柏市心身障害者自動車燃料費助成申請書

令和 年 月 日

柏市長 あて

住所： _____

申請者 _____

氏名： _____

対象者との続柄（ ）

柏市心身障害者自動車燃料費助成の申請をします。

		利用券番号			
対 象 者	氏 名	_____		生年 月 日	年 月 日生
	住 所	_____			
		〒 _____ 電話番号（ ）			
	身障手帳番号	第 _____ 号			
	療育手帳番号	第 _____ 号			
	精神手帳番号	第 _____ 号			
	身障障害区分	_____		身障障害程度	_____
	療育障害程度	_____		精神障害程度	_____
運 転 者		対象者との続柄（ ）			
車両番号		燃 料 別		ガソリン・軽油・LPG	
同意書 私(対象者)と同一生計者は、申請時から資格を喪失するまで、柏市心身障害者自動車燃料費助成の受給資格確認に必要な住民税額の課税状況、住民票、対象者の身体状況及び施設への入所状況等について、貴職が公簿等で確認すること及びこの申請書に基づくサービス以外の柏市の事業について個人情報を利用することについて同意します。 柏市長 あて					
対象者		氏名		※市民税額	
同 一 生 計 者	氏名	続柄	※市民税額	氏名	続柄
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
備 考		_____			

手 帳	車検証(写)	免許証(写)	住 基	市民税

(注) 添付書類

- 1 自動車検査証記録事項の写し
- 2 運転免許証の写し
- 3 柏市で市民税額を確認できない場合は税証明書

※印は職員記入欄