

様式第1号（第3条関係）

松本市重度心身障害者（児）自動車燃料費助成申請書									
年 月 日									
(あて先) 松 本 市 長									
住所									
申請者									
氏名									
(続柄)									
松本市重度身体障害者（児）自動車燃料費助成事業実施要綱第3条第1項の規定により助成を受けたいので申請します。									
受給資格者	住所						電話		
	氏名				生年 月 日	年 月 日			
身体障害者 手帳番号 交付年月日	長野県・松本市 第 号 (交付 年 月 日)			等級	級	障害の 部位	1 下肢障害 2 体幹障害 3 内部障害 4 視覚障害		
障害名									
療育手帳番号 交付年月日	第 号 (交付 年 月 日)			障害の程度					
自動車税・軽自動車税 の減免適用の有無	有 ・ 無			登録車輛番号					
				受理年月日		年 月 日			
経済的要件	☐ (1) A ☐ (2) B ☐ (3) C1 ☐ (4) C2 (5) 所得税 円 階層								

備考 身体障害者手帳、療育手帳を提示すること

決 裁	上記について、次のとおり決定して よろしいでしょうか。 ☐ 助成する ☐ 助成しない					起案年月日	年 月 日
						決裁年月日	年 月 日
	地区担当者	係	福祉司	係長	課長	施行年月日	年 月 日
						決定No.	