

(様式第1号)

障害者自動車運転免許取得助成申請書

年 月 日

柳川市長 様

(申請者)  
氏名

印

障害者自動車運転免許取得助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 氏名		生年月日	
住所	柳川市		
障害区分	・上肢 ・下肢 ・体幹 ・聴覚 ・音声言語 ・そしゃく ・内部機能障害 ( )	等級	級
	・知的障害 (療育手帳判定 A ・ B )		
職業 (学校)	・自営 ・勤務 ・無職 ・学生 ( 高校 ・ 大学 ・ 専門学校 ) (卒業予定 年 月)		
無職の場合は日常生活における外出状況について記入して下さい。	(外出の状況 : 月 日程度 のため)		
運転免許取得歴	・有 ( 大 ・ 普 ・ その他 ) ・無 (いずれかを○で囲む。)		
上記「有」の場合で、取消処分等受けた場合は、理由を記入して下さい。			
入校 (予定) の自動車学校			
運転免許取得の目的・計画			

※ 添付書類

- ・ 障害者手帳 (身体または療育) の写し
- ・ 医師意見書 (内部障害者のみ)