

平成 年 月 日

国立市長 殿

申請者 住 所 国立市

氏 名

電 話 ()

ガソリン費助成申請書

国立市心身障害者(児)自動車ガソリン費助成事業実施要綱第4条の規定により、
次のとおり申請いたします。

障 害 者 氏 名	ふりがな		
生 年 月 日			
身体障害者手帳	級	障 害 名	
愛 の 手 帳	度		
運 転 者 氏 名			障害者との続柄
運 転 者 住 所	国立市		(障害者と同居に限る)
車 種		排 気 量	
車のナンバー			
主 な 使 用 目 的	1.通院 2.通勤 3.通学 4.その他() その名称()		
振 込 先	銀行		支店
金 融 機 関	口座名義人氏名	ふりがな	口座番号

* 自動車の車検証を提示してください。

(次回車検年月日 平成 年 月 日)