

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	
障害名					2 体幹障害	
				3 内部障害		
				4 視覚障害		
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	<input type="checkbox"/> (1)A <input type="checkbox"/> (2)B <input type="checkbox"/> (3)C1 <input type="checkbox"/> (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。				起案年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 助成する <input type="checkbox"/> 助成しない				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.	