

鴻巣市重度心身障害者自動車燃料費助成事業利用申請書

令和 年 月 日

鴻巣市長 様

住 所

申請者 氏 名

障がい者との続柄 ()

電 話 ()

鴻巣市重度心身障害者自動車燃料費助成事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

*太枠内のみご記入ください。

障がい者氏名	・申請者と同じ	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
障がい者住所	・鴻巣市 ・申請者と同じ		
身体障害者手帳	1級・2級	手帳交付年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
療育手帳	㊤・A		
精神障害者保健福祉手帳	1級・2級	手帳番号	第 号
登録年月日	令和 年 月 日		
登録番号	第 号		
備考			

鴻巣市重度心身障害者自動車燃料費助成券を受領いたしました。

署名欄 _____