

### 鴻巣市重度心身障害者自動車燃料費助成事業登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 鴻巣市長

住 所

申請者 氏 名

障害者との続柄 ( )

電話番号 ( )

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、次のとおり申請します。

障 害 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 害 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	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		
交 付 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 \_\_\_\_\_