

米沢市障がい者自動車燃料費助成申請書

令和 年 月 日

米沢市長 様

米沢市障がい者自動車燃料費助成事業実施規程第4条の規定により、次のとおり申請します。

□介護者減免（氏名： 続柄： ）

申請者	住 所	〒 米沢市		
	氏 名		障がい者 との続柄	本人・父・母・夫・妻・子 その他()
	電 話 番 号			
障がい者・児	氏 名	ふりがな	生 年 月 日	(大・昭・平・令) 年 月 日
		□申請者に同じ		
		(男 ・ 女)		
	住 所	□申請者に同じ 〒 米沢市		
	障がい等級	□身体障害者手帳 □1 級 □2 級 □3 級 □療育手帳 A □精神障害者保健福祉手帳 1 級		
手 帳 番 号	山形県・置賜 () 第 号	交付年月日	(昭和・平成・令和) 年 月 日	
申請金額		円		

振込先口座

振込先口座	金 融 機 関 名	銀行・金庫 農協・組合		店・支店 出張所
	預 金 種 別	1 普通 2 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行 金融機関コード 9900	店番		口座番号
	口 座 名 義 人	ふりがな 氏名		

※領収書の原本を添付してください。

社会福祉課記入欄

燃 料 費 合 計 金 額	助成金額（上限 6,000 円）	担 当 者
円	円	