

和光市障害者自動車燃料費補助金交付申請書

年 月 日

和光市長 様

申請者 住所  
氏名  
電話  
(登録者との続柄)

和光市障害者自動車燃料費補助金交付要綱第7条の規定により、和光市障害者自動車燃料費の補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

1 登録者の氏名

2 登録者の住所

3 交付申請額 円  
(今年度(年度の途中で登録を受けた場合は登録を受けた日の属する月以降)に燃料費として支払った額を記入してください。ただし、その額が12,000円を超えるときは、12,000円と記入してください。)

4 振込希望金融機関

| 銀行<br>信用金庫<br>農 協 |  |  |  |  |  | 支店            |
|-------------------|--|--|--|--|--|---------------|
| 口座番号<br>(普通預金)    |  |  |  |  |  | フリガナ<br>口座名義人 |

※ 「新規登録」と「変更」の場合のみ記入してください。既に登録がある場合は記入する必要はありません。

※ 登録者の口座に限ります。

5 申請時における施設への入所状況  
入所している(施設名: )  
入所していない

6 添付書類 領収書