様式第17号(第91条関係)

障がい者自動車運転免許取得費助成金請求書

　　年　　月　　日

　湯梨浜町長　様

申請者　住所　湯梨浜町

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　年　　月　　日付発湯総福第　　　号で決定通知のあった障害者自動車運転免許取得費助成金について、次のとおり請求します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |
| --- | --- |
| 助成金の請求額 | 　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 対象者 | 住所 | 　湯梨浜町 |
| 氏名 | 　 |