

年 月 日

住 所  
氏 名  
(TEL — — )

東海村身体障害者自動車改造費助成金支給申請書

東海村身体障害者自動車改造費助成金の支給を受けたいので、東海村身体障害者自動車改造費助成金支給要綱第7条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

身体障害者 手帳番号	県 第 号	交 付 年 月 日	
障害名等級	( 級)		
職 業		生年月日	年 月 日
改造する自 動車の車名		所有者名	
改造の内容			
運 転 免 許 取得年月日	年 月 日	過 去 の 事業交付	注1 有 ・ 無
改 造 費 概 算 額	円	改 造 費 申 請 額	注2 円
改 造 業 者 住所・名称			
課 税 区 分	<input type="checkbox"/> 被保護者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税者 <input type="checkbox"/> 所得税非課税者 <input type="checkbox"/> 所得税課税者      (所得税課税 所得金額 円)		
備 考			

注1 助成回数は、原則自動車1台につき1回です。

2 改造費申請の限度額は100,000円です。

(添付書類)

- |             |                       |
|-------------|-----------------------|
| 1 運転免許証の写し  | 3 改造内容を明らかにする書類の写し    |
| 2 自動車検査証の写し | 4 改造費用の見積書の写し         |
|             | 5 世帯の前年分の所得金額が確認できる書類 |