

第1号様式（第4条関係）

昭島市心身障害者自動車ガソリン費等助成申請書

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

昭島市心身障害者自動車ガソリン費等助成事業実施要綱第4条の規定により，下記のとおり申請します。

記

住 所			
氏 名		生年月日	
身体障害者手帳 愛 の 手 帳	種 級	度	
車 両 番 号			

振込先金融機関口座

振込先金融機関	銀行・信金 信組・農協			本店 支店
	預金種目	普通 当座	口座番号	
	口座名義	(フリガナ) ----- (名 義)		

※ 申請の際は、身体障害者手帳、愛の手帳、車検証、免許証を提示してください。

※ ゆうちょ銀行を指定される場合、振込み専用の店名、預金種目、口座番号が必要となります。また、店名は必ず漢数字でご記入ください。

※ 記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。