

様式第1号（第4関係）

長野市身体障害者自動車運転免許取得費助成金交付申請書

年 月 日

長野市長 宛

申請者 住 所

氏 名

連絡先（電話）

年度において、長野市身体障害者自動車運転免許取得費の助成を受けたいので、助成金 円を交付してください。

記

- 1 障害名及び種・級 \_\_\_\_\_  
種 級
- 2 訓練を実施する学校 \_\_\_\_\_
- 3 訓練を実施する期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日
- 4 前年の世帯の所得税額 \_\_\_\_\_円

上記について確認しました。

年 月 日 調査職員 職氏名

- \* 添付書類  
予備適性検査結果通知書（写し）