様式第１号

　　年　　月　　日

**自動車改造費助成申請書**

神　戸　市　長　あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請者） | 住　　所 | 〒　　‐ | | | | | | |
|  | 氏　　名 |  | | | | | | |
|  | 生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 電　　話 | （　　　　）　　　－ | | | | | | |

神戸市身体障害者用自動車改造費助成要綱第５条の規定に基づき、改造費の助成を受けたく関係書類を添え申請します。

なお、所得要件の審査のため、市民税の課税状況等について確認することに同意します。

※以下の太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 県・市 第 号（　　 年 月 日交付） | | | | | | |
| 障害名 |  | | | | | 級 | |
| 自動車運転免許証 | 番　号 | |  | | 交付年月日 | |  |
| 免許の条件 | |  | | | | |
| 改造部位 | [　]操向装置 [　]駆動装置 [　]その他  具体的に | | | | | | |
| **所得税課税所得金額** | | 円 | | 所得要件　（適　・　否） | | | |

区保健福祉部決裁欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |

様式第１号

記入例

令和●年●月●日

**自動車改造費助成申請書**

神　戸　市　長　あて

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （申請者） | 住　　所 | 〒６５０－８５７０  神戸市中央区加納町6丁目5番1号 | | | | | | |
|  | 氏　　名 | 神戸　太郎 | | | | | | |
|  | 生年月日 | 平成 | ● | 年 | ● | 月 | ● | 日 |
|  | 電　　話 | （０７８）－３３１－８１８１ | | | | | | |

神戸市身体障害者用自動車改造費助成要綱第５条の規定に基づき、改造費の助成を受けたく関係書類を添え申請します。

なお、所得要件の審査のため、市民税の課税状況等について確認することに同意します。

※以下の太枠内をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 神戸　県・市 第 ●●号（平成　●年 ●月 ●日交付） | | | | | | |
| 障害名 | ●●による●● | | | | | ●級 | |
| 自動車運転免許証 | 番　号 | | №●●（12ケタ） | | 交付年月日 | | 平成　●年●月●日 |
| 免許の条件 | | 中型車は中型車（８t）に限る　など | | | | |
| 改造部位 | [〇]操向装置 [　]駆動装置 [　]その他  具体的に  アクセル、ブレーキの手動装置の取り付け　など | | | | | | |
| **所得税課税所得金額** | | ●●円 | | 所得要件　（適　・　否） | | | |

区保健福祉部決裁欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |