

平成 年度
栄村障害者ハイヤー等利用料金及び自動車燃料費助成申請書

平成 年 月 日

栄 村 長 様

住 所

氏 名 印

下記により栄村障害者ハイヤー等利用料金及び自動車燃料費助成事業を申請します。

記

氏 名		
身体障害者手帳	手帳番号	県 第 号
	交付日	
	障害の程度	種 級
療育手帳	手帳番号	
	交付日	
	障害の程度	
精神保健福祉手帳	手帳番号	
	交付日	
	障害の程度	級