様式第２号（第６条関係）

多賀城市障害者自動車等燃料費助成券交付申請書兼受領書

年　　月　　日

多賀城市長　　　　　　　殿

住所　多賀城市

申請者　氏名

電話

多賀城市障害者自動車等燃料費助成券の交付を受けたいので、下記により申請します。

記

確認同意欄	□ 私は障害者自動車等燃料費助成申請に係る事務処理の範囲内で、私及び世帯員の市民税課税状況について多賀城市が調査することに同意します。 □ 私は生活保護を受給していません。

対象者氏名	□ 申請者に同じ		生年月日	年　月　日
対象者住所	□ 申請者に同じ 多賀城市			
手帳種別	□ 身体障害者手帳（□視覚　□聴覚　□肢体　□内部） □ 療育手帳 □ 障害者（精神保健福祉）手帳			
手帳番号	県　第　　　号		等　級	級　・　A
運転者等	氏名	□ 申請者に同じ	対象者との続柄	□ 本人
	住所	□ 申請者に同じ 多賀城市		
自動車等の登録番号				
施設入所	□ 無　□有　入所施設名（　　　　　　　　）			

受　　領　　書

年　　月　　日

多賀城市長　殿

次のとおり多賀城市障害者自動車等燃料費助成券を受領しました。

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

券番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿