

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

浦安市重度障がい者等自動車燃料費助成金助成資格認定申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()

自動車燃料費助成金の助成資格の認定を受けたいので、浦安市重度障がい者等自動車燃料費の助成に関する規則第 5 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

重度障がい者等	氏 名		生年月日	年 月 日		
	住 所	浦安市	電話番号	()		
障がいの種類	身体障害者手帳	1 級・2 級 視覚障がい者 3 級		人工透析	あり・なし	
	療 育 手 帳	㊤・㊤の 1・㊤の 2・ A の 1・A 2		相談所判定	㊤・㊤の 1・ ㊤の 2・A の 1・ A 2	
	精神障害者 保健福祉手帳	1 級・2 級・3 級				
施設又は病院への入 所又は入院の状況						
車 両	自動車登録番号 又は車両番号					
	所有者氏名					
	所有者住所					
	使用者氏名					
	使用者住所					
振 込 先	金融機関名	銀行			支店	
	口座番号	普通・当座・貯蓄				
	口座名義人	(フリガナ)				

添付書類

- 1 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者にあつては、その写し
- 2 運転免許証の写し
- 3 自動車検査証の写し

要件チェック項目（市記入欄）

①車検証に記載されている所有者である

所有者又は使用者で記載されている 例) ローン支払中

所有者又は使用者で記載されていない 例) レンタカー

②同一世帯に複数の障がい者がいる

いる

例) A氏で2,000円

B氏で2,000円 それぞれが認定を受ければ月額4,000円支給可

いない

③在宅である

イ在宅 認定可

ロ施設 (障害児入所施設、乳児院、児童養護施設、療養介護を行う病院、のぞみの園、国立病院機構の設置する医療機関、国立保養所、救護施設、更生施設、浦安市特別養護老人ホームなど) 対象外

ハ入院 病院又は診療所(イの施設を除く。)に継続して3月を超えて入院するに至ったとき。対象外