様式第３号（第６条関係）

日南町障害者等外出支援事業助成申請書

　　年　　月　　日

日南町長　中村　英明　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　 　　　　　　　　　　　　　 （住　所）日南町

　　　　　　　　　　　　　（氏　名） 　　　 ㊞

令和６年度日南町障害者等外出支援事業助成を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給対象者 | | | 住所 | | 日南町 | | | 電話  番号 |  | | |
| 氏名 | | 男・女 | | | 生年  月日 | 年　　月　　日（　　歳） | | |
| 対象要件 | 運転免許 | | | | | 保有されていない理由  　　　　　　　　　　　　1.これまで保有したことがない  有　　　　無　　　　　2.免許を返納した  　　　　（返納日　　　年　　　月　　　日）  　　 3.その他  　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 次のいずれか一つ | | 80歳以上 | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | | 1級　・　2級　・　3級　・　4級　・5級・　6級 | | | | | |
| 療育手帳 | | | A　・　B | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | 1級　・　2級　・　3級 | | | | | |
| 要介護・要支援 | | | 要介護　　　・　　要支援 | | | | | |
| 審  査  欄 | | 適否 | | 利用券交付年月日 | | | 交付番号 | 課長 | | 室長 | 主査 |
| 可  不 | | 年　 月　 日 | | | 第　　号 |  | |  |  |