

令和 年 月 日

ガソリン費用一部助成申請書

芦屋市長 宛

申請者（本人又は保護者）

住所 _____ 町 番 号 _____

氏名 _____ 続柄（ ）

芦屋市福祉タクシー利用料金等助成事業実施要綱によるガソリン費用一部助成を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、申請に必要な市税の賦課についての調査に同意します。

住所	〒 町 番 号			電話番号	
フリガナ				生年	
氏名				月日	
身体障害者手帳（1・2級）				療育手帳（A）	
<input type="checkbox"/> 兵阪南 <input type="checkbox"/> 兵庫県 <input type="checkbox"/> 県・市 第 号 昭・平・令 年 月 日 交付				兵 庫 県 第 号 昭・平・令 年 月 日 交付	
精神障害者保健福祉手帳（1級）				受給者本人の現況	
兵 庫 県 第 号 昭・平・令 年 月 日 交付				<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所（施設名： ） <input type="checkbox"/> 入院中 ※在宅以外は申請不可です※	
金融機関名	銀行・信用金庫 支店				
口座番号		名義人（カナ）			
※添付書類 1 運転免許証の写し …障害者との続柄：本人、配偶者、父、母、（ ） 2 ①自動車検査証（登録証）の写し …障害者との続柄：本人、配偶者、父、母、（ ） ②自動車検査証記録事項の写し ※①が電子車検証の場合のみ必要 3 振込先口座の写し …障害者との続柄：本人、配偶者、父、母、（ ） 振込口座が本人名義でない場合、上記続柄の者に受領を委任します。 _____ (本人自署)					

-----以下は記入しないでください-----

判定結果		確認欄	
<input type="checkbox"/> 助成する 月分～月分		個人番号	
<input type="checkbox"/> 助成しない 1 所得制限額超過 2 その他（ ）		所得金額	
		備考	確認印