

記入例

送付先変更希望欄

燃料費助成券の送付先が対象者以外であるとき、
また、対象者の住所以外へ郵送を希望される場合
のみご記入ください。

※対象者以外が受取人の場合は受取人の本人確認書類のコピーを添付してください。

※受取人が対象者本人以外の場合は、
受取人の本人確認書類のコピーの提出が必要です。

※ 車検証の写しの添付は必須です。

令和6年度(2024年度)熊本市障がい者燃料費助成券交付申請書

令和6年2月15日

熊本市長(宛)

申請者

住所 熊本市中央区手取本町1-1

ふりがな くまもと はなこ

氏名 熊本 花子

生年月日 明・大・昭・平・令 50年1月1日

対象者(障がい者)との続柄 母

電話番号 090 (1234) 5678

熊本市障がい者燃料費助成事業要綱に定める制度の趣旨を理解した上で、熊本市障がい者燃料費助成事業要綱第6条の規定に基づき、次のとおり助成券の交付を申請します。

この申請に対する決定において、燃料費助成の支給に必要な課税情報、施設入所及び入院状況等について調査されることに異議ありません。

なお、私は、熊本市障がい者燃料費助成券の交付申請に当たっては、申請のため提出した書類及び申請書記載事項は事実と相違ないこと、助成券は、助成対象者の社会参加促進のために使用することを誓約します。また、市長が要綱の規定に違反すると認め、助成券の交付決定を取り消した場合は、既に使用された助成券の券額面に相当する金額の全部若しくは一部を返還することを誓約します。

対象者	氏名	熊本 太郎	生年 月日	明・大・昭・平・令 11年11月11日
申請者と同一人の 場合は記載不要	住所	熊本市 中央区手取本町1-1		
手帳状況	手帳番号	熊本 県 / 市 第 12345 号	交付日	平成 28年 2月 23日
	等級	療育手帳 A1 / 療育手帳 A2		
対象自動車	所有者(使用者)	熊本 花子	対象者と の続柄	母
	登録番号	熊本 500 さ 1234		

燃料費助成券番号

交付枚数

12枚 / 9枚 / 6枚 / 3枚

※確認事項

ここには何も記入しないでください。

療育手帳	申請者 確認	所得 確認	写し 入力	入所 入力	助成券 発行	枚数	交付

※ 年 月 日 利用券交付