

送付先変更希望欄

〒

住所 \_\_\_\_\_

宛名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

※ 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。

令和8年度(2026年度) 熊本市障がい者燃料費助成券交付申請書

令和 年 月 日

熊本市長(宛)

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

ふりがな

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

対象者(障がい者)との続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

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。

障がい者燃料費助成の申請に係る事実についての審査に関する事務手続きを行うために限って、燃料費助成の支給に必要な課税情報等を確認するために、地方税関係情報を公簿等(個人番号を利用した市町村間情報連携を含む)により確認すること、施設入所及び入院状況等について調査されることに同意します。

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に相違ないこと、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	ふりがな 氏名	生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
	住所	熊本市 区	
申請者と同一人の 場合は記載不要	手帳番号	熊本 県 / 市 第 号	交付日 年 月 日
	等級	療育手帳 A1 / 療育手帳 A2	
対象自動車	所有者(使用者)	対象者と の続柄	
	登録番号		

燃料費助成券番号	交付枚数	1 2 枚 / 9 枚 / 6 枚 / 3 枚
----------	------	-------------------------

※確認事項

療育 手帳	申請者 確認	市町村民税 確認	車検証 写し	入所	入院	併給 (おでかけIC)	併給 (タクシー券)	助成券 発行	枚数	交付

※ 年 月 日 利用券交付

/ /