

様式第1号（第4条関係）

中之条町福祉自動車利用料金助成申請書

年 月 日

中之条町長 様

申請者

住 所 中之条町大字

氏 名

電話番号

中之条町福祉自動車利用料金助成事業を利用したいので実施要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり町税、使用料等の納付状況について町が調査することに同意します。

利用者住所	中之条町大字	性別	男・女
利用者氏名		申請者との関係 ()	
生年月日	年 月 日生		
利用年月日	年 月 日		
利用場所	から まで		

※下記の欄は、町が使用します。

○税・使用料金・保険料の滞納有無

課	
確認日 年 月 日	
滞納有無	確認者印
有・無	

福祉自動車利用報告書及び助成金請求書

年 月 日

中之条町長 様

届出者

住 所 中之条町大字

氏 名

電話番号

福祉自動車を利用しましたので、実施要綱第7条の規定により、次のとおり報告いたします。

助成額	金 円 (円) × 30% = 助成額 福祉自動車利用費 (百円未満切捨)		
利用者住所	中之条町大字	性別	男・女
利用者氏名	申請者との関係 ()		
生年月日			
利用年月日	年 月 日		
利用場所	から まで		
振込先	金融機関 口座番号	口座名義	

添付書類：福祉自動車利用領収書の写し