様式第1号（第6条関係）

　　年　　月　　日

　　　（宛先）さいたま市長

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　さいたま市　　　区

氏名

　　（署名又は記名押印）

重度心身障害者自動車燃料費助成金受給資格登録申請書

　　さいたま市重度心身障害者自動車燃料費助成事業実施要綱第6条の規定により、認定を受けたいので申請します。なお、登録決定にあたり、私の世帯の住民登録資料、税務資料、施設入所に関すること、その他について、各関係機関に調査し、若しくは照会し、又は関係資料の閲覧を求めることを承諾します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　対　象　者 | 住所 | さいたま市　　　区　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） |
| 障害区分 | １　身体障害者手帳1級・２級２　身体障害者手帳３級（下肢・体幹）３　療育手帳・A４　精神障害者保健福祉手帳１級５　身体障害者手帳３級・療育手帳B・　　精神障害者保健福祉手帳２級（いずれか２以上の交付を受けている者に限る。） | 手帳番号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 登録車 | 所有者（使用者） |  | 対象者との続柄 |  |
| 登録番号 |  |
| 使用の主な目的 |  |
| 運転　免許証内容 | 登録者 |  | 対象者との続柄 |  |
| 運転免許証番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | （本・支店） |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義（カナ） |  |

『※区役所記入欄』

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認定の適否 | 適・否 | 理由（否の場合） |
| 認定番号 | 第　　　　　　　号 | 平成　　　年　　　月　　　日　　　調査者 |

様式第4号（第9条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）さいたま市長

申請者　住所　さいたま市

氏名

 　（署名又は記名押印）

 対象者　氏名

重度心身障害者自動車燃料費助成金請求書

　　さいたま市重度心身障害者自動車燃料費助成事業実施要綱第9条の規定により、

　　　　　　　年度分を下記のとおり請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 |  |  |  |  |  | 円 |

　　審査欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 使用量(A) | 限度量 (B) | 認定量(C) A又はBの少ない量 | 支給額 (C×50円) |
| ㍑ | ㍑ | 　　　　　　　㍑　　 | 円　 |

※　請求の際には領収書と運転免許証の写しを添付してください。

※　請求は翌年度の4月10日までに行ってください（期限の日が閉庁日の場合は翌開庁日まで）。

※　同一年度内に、福祉タクシー利用料金の助成を受けている場合、自動車燃料費の助成は受けられません。

様式第5号（第１１条関係）

　　年　　月　　日

　　　（宛先）さいたま市長

 届出者　住所　さいたま市

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

対象者　氏名

重度心身障害者自動車燃料費助成金変更届

　　さいたま市重度心身障害者自動車燃料費助成事業実施要綱第１１条の規定により、下記事項に変更が生じたので届出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 |
| 住　所 |  |  |
| 氏　名 |  |  |
| 登録車 |  |  |
| その他（　　　　　） |  |  |

様式第6号（第１２条関係）

　　年　　月　　日

　　　（宛先）さいたま市長

 届出者　住所　さいたま市

　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

対象者　氏名

重度心身障害者自動車燃料費助成資格喪失届

　　さいたま市重度心身障害者自動車燃料費助成事業実施要綱第１２条の規定により、自動車燃料費助成資格がなくなりましたので届出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 受給者氏名 |  |
| 対象者氏名 |  |
| 資格喪失理由（番号を○で囲む） | １　　死亡のため２　　市外へ転出のため３　　施設入所のため４　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 喪失年月日 | 年　　　　月　　　　日 |