様式第３号（第７条関係）

障害者自動車運転免許取得費助成金請求書

￥

　　　年　　月　　日付け決定になりました障害者自動車運転免許取得費助成に ついて、上記のとおり請求します。

　　　年　　　月　　　日

泉佐野市福祉事務所長　 　 殿

住 所　　 泉佐野市

請求者

 氏 名