自動車運転免許取得助成事業計画書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生（　　歳） | | | |
| 身体障害の状況 | 障害名 |  | | 障害等級 | 級 |
| 身体障害者手帳番号 | 第　　　　　　　　号 | | 手帳交付  年月日 | 年　　月　　日 |
| 職業 | |  | | | |
| 運転免許取得を必要とする理由 | |  | | | |
| 入所を希望する自動車教習所等 | | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 適性検査を受けた日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 入所（予定）年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 免許取得予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | |