（要領様式１）

自動車燃料費助成要件証明書交付申請書

次の心身障害者等が使用する自動車に係る燃料費助成申請に必要ですので、自動車燃料費助成要件証明書を交付願いたく、関係書類を添えて申請します。

　※ 該当に○印します。

　　　　　　年　　月　　日

市福祉事務所長

　　　　　　　　　　　　　　殿

町　　村　　長

申請者の住所

氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　（印）

電話番号　　　　　（　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 職業 |
| 心身障害者 |  |  |  |  |
| 自動車リース契約者 |  |  |  |  |
| 自動車の運転者 |  |  |  |  |
| 自動車の使用目的（注①） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）への、通院・通学・通所・通勤・生業のため　　　　　　　　　 ※該当に○印 |
| リース契約により使用する自動車の種類 | 車　　名 | 車種該当欄に　○ | １　普通乗用車２　小型乗用車３　ライトバン４　軽乗用車５　軽ライトバン　 | 排　　気　　量 |
|  | ＣＣ |
| 自動車のリース契約先（注②） | 所在地又は住所 |  |
| 会社名又は氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号　　　　（　　　　） |
| リース契約（予定）年月日 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |

　記入上の注意

注①　自動車の使用目的については、通院・通学・通所・通勤・生業のいずれかに○を付し、（　）内にその具体的な通院・通学・通所・通勤先又は生業名を記入してください。

②　自動車リース契約書に記載されるリース会社について記入してください。

（要領様式２）　［通院のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

通 院 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 治療を担当した医師が記入するところ | 通院して治療を受けている者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 通院を必要とする理由 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 通院を必要とする原因 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 治療開始年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 最近３月間の通院治療の状況又は今後３月間の通院治療の見込 |
| 通院理由記入欄 | 開　始 | 通院した（を要する）日を記入する（月／日） |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
|  | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |
| 合計 | 　　　　　　　日 |
| 通院終了見込年月日※ 必ず記入してください｡ | 　　年　　月　　日 |
| 備　 考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日医療機関所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

　○　２以上の医療機関に通院治療している場合は、医療機関毎に通院証明書が必要です。

　○　最近３月間の通院治療の状況又は見込については、通院理由が複数ある場合は、それぞれ理由毎に通院開始年月日と通院日を記入してください。

（要領様式３）　［通学のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

通 学 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校長が証明するところ | 通学している心身障害児・者　 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 学部・学年 | 　　　　　　　　　学部　　　　　　　　　学年　 |
| 通学方法 | １　学校まで自家用車で送迎している | 自宅から学校までの往復距離 | 　　　．　　キロメートル |
| ２　スクールバスで通学している | 自宅からスクールバス乗降地点までの距離及び地点名 | 地点名 |  |
| 　．　　キロメートル |
| 通学状況 | 週　　日の登校日中　　回通学　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 通学開始年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 卒業見込年月日※ 必ず記入してください｡ | 令和　　年　　月　　日卒業見込　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日学校所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学　校　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

○　心身障害児・者等が施設に入所、寄宿舎等に入寮している場合は、自動車の燃料費助成を受けることはできません。

（要領様式４）　［通所のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

通 所 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設長が証明するところ | 通所している心身障害児・者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 施設名 |  |
| 通所開始年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 通所方法 | １　施設まで自家用車で送迎している | 自宅から施設までの往復距離 | 　　　　．　　キロメートル |
| ２　送迎バスで通所している | 自宅から送迎バス乗降地点までの距離及び地点名 | 地点名 |  |
| 　　　　．　　キロメートル |
| 通所状況 | 週　　日の通所日中　　回通所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日施設所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施　設　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設長氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

○　心身障害児・者等が施設に入所、寄宿舎等に入寮している場合は、自動車の燃料費助成を受けることはできません。

（要領様式５）　［通勤のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

通 勤 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 雇用主が証明するところ | 通勤している心身障害者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 勤務先 |  |
| 通勤開始年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 通勤方法 | １　勤務先まで自家用車で送迎している | 自宅から勤務先までの往復距離 | 　．　　キロメートル |
| ２　会社の送迎バスで通勤している | 自宅から送迎バス乗降地点までの距離及び地点名 | 地点名 |  |
| 　．　　キロメートル |
| 通勤状況 | 週　　日の勤務（通勤）日中　　回通勤　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　雇用主氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

（要領様式６）　［生業のため自動車の燃料費助成を受ける場合］

生 業 使 用 証 明 書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 民生委員等が証明するところ | 心身障害者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 職業 |  |
| 就業年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 使用方法 | 勤務地まで自家用車で送迎している | 自宅から勤務地までの往復距離 | 　　　．　　キロメートル |
| 備　考　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（印） |

※　鍼、灸、マッサージ等を生業として助成を受けようとする場合は、開業許可証等の写その他証明するものを添付してください。

○　「専ら当該心身障害者本人のために使用」とは、当該心身障害者の用に継続して日常的に使用することをいい、「継続して」とは、少なくとも１年以上の間をいい、「日常的に」とは、少なくとも週３日以上をいいます。

　　ただし、当該心身障害者の用に使用する日数が、総使用日数の５０％以上である場合若しくは当該心身障害者の用に使用する日数が５０％未満でその走行距離数が総走行距離数の５０％以上である場合、又は今後その見込みである場合には、日常的に使用するものとします。

　○　生業のためとは、自己及びその家族の生活の維持のため、必要な収入を得る仕事のためのものをいいます。

（要領様式７）

運行計画書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 月 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 火 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 水 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 木 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 金 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 土 | 利用時間帯 |  |
| 目的・用途 |  |
| 運行区間 |  |
| 週間計 | 心身障害者のための使用 | 　　　　　　　　　　　　　　．　キロメートル |
| 全走行距離数 | 　　　　　　　　　　　　　　．　キロメートル |

　　　　　市福祉事務所長・町村長　　殿

私の使用するリース自動車については、以上のとおり運行する予定です。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

申請者住所

氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　（印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　（要領様式８）

誓　約　書

今回、燃料費助成を申請するリース自動車は、専ら

○○　病院への　　通院

○○　学校への　　通学

○○　施設への　　通所

○○　会社への　　通勤

○○　業

　（障害者氏名）　　の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ために使用するものである

ことを誓約いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　注　［　］部は、該当するものに○印を付してください。

　　　　　年　　月　　日

住　　　所

申　請　者（心身障害者又は生計同一者）　（印）

電話番号　　　　　（　　　　　）

（障害者氏名又は

生計同一者氏名）

私が運転を行う　　　　　　　　　　　　　　がリース契約をする自動車につき、

（障害者氏名）　のために運転を行う車両であることを誓約いたします。

住　　　所

運転者氏名（生計同一者）　　　　　　　（印）

電話番号　　　　　（　　　　　）

（要領様式９）

誓　約　書

今回、燃料費助成を申請する燃料費は、専ら

私

（障害者氏名）

　　　　　　　　　　　の運転により発生した費用であり、他者の運転により発生した

費用を含まないことを誓約いたします。

　　　　　年　　月　　日

住　　　所

運転者氏名　　　　　　　　　　　　（印）

電話番号　　　　　（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（要領様式１０）

自動車燃料費助成要件証明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名 | 性別 | 住所・電話番号 | 生年月日 | 心身障害者との続柄 |
| １心身障害者　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 〒（　　　　）　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２自動車リース契約者 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 〒（　　　　）　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３主たる運転者　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　 | 〒（　　　　）　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 主たる運転者の免許証番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 身体障害者（療育）手帳番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 障害等級※１ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 障害内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 心身障害者本人のための使用目的の発生日※２ | 　　年　　月　　日から |
| 事情変更予想年月日※通院･通学の場合は必ず記入すること｡ | 令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※１ 身体障害者手帳１～２級、恩給法別表１号表の特別項症・第１項症及び第２項症、療育手帳障害の程度Aのいずれかに該当すること。

※２ 治療開始年月日（通院）、通学開始年月日（通学）、通所開始年月日（通所）、通勤開始年月日（通勤）、就業年月日（生業）

通　院

通　学

通　所

通　勤

生　業

　助成対象とするリース自動車は、専ら上記１の心身障害者の　　　　　　　　のために

　当該心身障害者等と住居及び生計を一にする上記３の者が運転するものであることを証明します。

　　年　　月　　日

市福祉事務所長・町村長　　　　　（印）