

(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

町長 殿

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。

注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	年 月 日							
※ 必ず記入してください。								
備 考								
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 _____ (印)</p>								

- 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 だ 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。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 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		
	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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> <div style="margin-top: 10px;"> <u>施設所在地</u> _____ <u>施設名</u> _____ <u>施設長氏名</u> _____ (印) </div>					

○ 心身障害児・者等が施設に入所、寄宿舍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		
	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

町長 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

(障害者氏名) の

(○○	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	

) 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 ()

私が運転を行う

((障害者氏名又は
	生計同一者氏名)

) 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 〕 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
〔 (障害者氏名) 〕

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)

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
(通院 院
通学 通学
通所 通所
通勤 通勤
生業 生業) 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

町長

(印)