（別紙５）申請者→町

自動車税等に係る常時介護証明交付申請書

　　年　　月　　日

会津美里町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 運転者氏名 |  |
| 障害者との続柄 |  |
| 連絡先 |  |

下記１の自動車は、専ら下記２の障害者のために当該障害者を常時介護する下記３の者が運転するものであることを証明願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　対象自動車（車両№） |  |
| ２　障　害　者 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 電話番号 |
| 〒会津美里町 |
| ３　運　転　者 | 氏　名 |  |
| 住　所 | 　　　　　電話番号 |
| 〒 |
| 運転免許証の番号 |  |

添付書類：1.障がい者手帳　2.自動車車検証の写し　3.運転者の運転免許証の写し　4.手帳所持者の住民票謄本　5.運転者の住民票抄本　6.常時介護証明申請書　　　　　　　　　　7.自動車運行計画書　8.証明書　9.誓約書