

別記様式第1号(第5条関係)

高齢者運転免許証自主返納支援事業申請書

年 月 日

厚岸町長 様

高齢者運転免許証自主返納支援事業について、次のとおり申請します。

<input type="checkbox"/> 厚岸町が申請要件の確認を行うため、申請書に記載した項目について調査することに同意し申請します。 <input type="checkbox"/> 厚岸町暴力団の排除の推進に関する条例(平成24年厚岸町条例第25号)に規定する暴力団員でないことについて、警察署の意見を聞くことに同意し申請します。			
氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (才)	電話番号	
住所			
自主返納年月日	年 月 日		
支 援	厚岸町福祉交通回数券 組	希望数・時期	① 組 年 月
	円分		② 組 年 月
			③ 組 年 月
			④ 組 年 月
希 望	商品券 組	希望数・時期	① 組 年 月
	円分		② 組 年 月
			③ 組 年 月
			④ 組 年 月

※支援希望欄は、5,000円を単位として厚岸町福祉交通回数券及び商品券の合計を20,000円分とし、希望する単位数及び申請から2年以内の交付年月を記載

代理人申請の場合記載

氏名		続柄	
住所		電話番号	

※添付書類

「申請による運転免許の取消通知書」又は運転免許の返納を確認できるもの