

年 月 日

阿見町長 様

申請者 住所 阿見町

氏名

生年月日 (満 歳)

電話番号

阿見町高齢者運転免許自主返納支援事業申請書

阿見町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

- 1 自主返納日 年 月 日
- 2 添付書類 運転免許の取消通知書の写し又は運転経歴証明書の写し
- 3 希望する支援内容 該当する方に○をすること。

阿見町デマンドタクシーの利用助成 ・ 民営タクシーの利用助成

4 調査同意

阿見町高齢者運転免許自主返納支援事業の交付申請にあたり、審査に必要な私の個人情報（住民登録及び町税納付の状況）について調査することに同意します。

年 月 日

申請者署名

職員記入欄

住民登録状況	月 日	確 認

納税状況	月 日	確 認