

様式第 1 号

大空町高齢者運転免許自主返納支援事業申請書

年 月 日

大空町長 様

申請者 _____ ⑩

大空町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第 5 条の規定に基づき、支援を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容確認のために必要があるときは、住民票及び町税・各種手数料・使用料の納付状況等について、町の保有する公簿により確認することに同意します。

記

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------|--------------------------|------|--|-----|-----|--|-----|--|--|----------------|
| 運 転 免 許 自主返納者氏名 | | | | | | | | | | | |
| 生 年 月 日 | | 年 月 日 (歳) | | | 性 別 | | | 男・女 | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | | |
| 電 話 番 号 | | | | | | | | | | | |
| 免 許 返 納 日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 請 求 金 額 | | 円 | | | | | | | | | |
| 振 込 先 | 金融機関名 | 郵便局 銀行 信用金庫 農 協 | | | | | | | | | 本店 支店 支所 |
| | 預 金 種 別 | 普通 当座 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 郵便局 | 記号番号 | 記 号 | | ★ | 番 号 | | | | | |
| | (フリガナ) 口座人名義 | | | | | | | | | | |

※公安委員会が交付する「申請による運転免許の取消通知書」を添付して下さい。

※郵便局の★は通帳に記載のある方のみご記入ください。

※代理申請を行う場合は、裏面代理人氏名等を記載してください。

(申請書裏面)

| | | | | | |
|---|--------|-----------|-------------------------------|---------|--------|
| 代理人 | (フリガナ) | 代理人 性別 | 申請者 との関係 | 代理人生年月日 | 代理人住所 |
| | 代理人氏名 | | | | |
| | ⑩ | 男・女 | 1. 同一世帯 2. 法定代理人 3. その他 | 年 月 日 | 電話 () |
| 上記の者を代理人と認め、 高齢者運転免許自主返納支援事業の申請を委任します。 | | | | | 申請者 |
| | | | | | ⑩ |

※申請者との関係（代理申請が可能な方一覧）

1. 同一世帯：申請日の時点で申請者の属する世帯の世帯構成者
2. 法定代理人：成年後見人、代理権付与の審判がなされた保佐人及び代理権付与の審判がなされた補助人
3. その他：親族その他の平素から申請者本人の身の回りの世話をしている者等で町長が特に認める者