

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

伊方町長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
生年月日 年 月 日（ ）歳
電話番号

高齢者運転免許自主返納支援事業申請書

伊方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、支援を受けたいので申請します。

なお、伊方町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第3条の規定に係る確認のため、私の住民基本台帳を閲覧されることに同意します。

支援の内容	金額	備考
運転免許自主返納者交通利用券		
伊方町地域商品券		

添付書類（添付の書類について該当する番号を○で囲んでください。）

- 1 取消通知書の写し
- 2 運転経歴証明書の写し

※2回目以降の申請については、添付書類を省略することができます。