

令和 年 月 日

塩谷町長 様

申請者 住 所 塩谷町大字
氏 名 ㊟
電話番号
生年月日 大・昭 年 月 日 (満 歳)

塩谷町高齢者運転免許証自主返納支援事業申請書

塩谷町高齢者運転免許証自主返納支援事業実施要綱に基づき、運転免許証自主返納に伴う支援を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この事業の実施に必要な申請者の状況等について公簿等で確認することに同意します。

記

1 運転免許証を自主返納した期日

令和 年 月 日

2 添付書類

運転免許取消通知書の写し