

高齢者等運転免許自主返納等支援事業申請書

No. _____

美 幌 町 長 様

申請日： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 美幌町が申請要件の確認を行うにあたり必要がある時は、申請書に記入した項目及び納税状況等について調査することに同意した上で申請します。		
<input type="checkbox"/> 私は、現在及び将来にわたり美幌町暴力団の排除の推進に関する条例(平成 25 年美幌町条例第 35 号)第 7 条第 1 項に定める暴力団員等でないことを表明、確約した上で申請します。 代理人においては、申請者が暴力団員等でないことを確認の上、代理で申請します。		
ふりがな		
申請者氏名		
生年月日	年	月 日
住 所	美幌町字	
連 絡 先 (電話番号)		
対象区分	自 主 返 納 ・ 自 動 失 効	
自主返納年月日 または 免許証有効期限	年	月 日
希 望 す る 助 成 券 の 種 類	金額内訳(上限 2 万 4 千円)	
共 通 助 成 券(阿寒バス・北見バス・美幌北海道交通ハイヤー)		円分
乗 合 タ ク シ ー (美幌北海道交通ハイヤー)		円分

※代理人申請の場合は下記に記入のこと

代 理 人		連 絡 先	
住 所		続 柄	

町記入欄

確 認	本 人 確 認	<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 旧運転免許証 <input type="checkbox"/> その他公的証明書(保険者証・マイナンバーカード)	
	自主返納・自動失効確認	<input type="checkbox"/> 運転免許の取消通知書 <input type="checkbox"/> 有効期限の切れた免許証	
備 考	受 付	交 付	確 認 印

1. 納税状況の確認

確認日	納税グループ確認者	滞納の有無
年 月 日		有 ・ 無

2. 後期高齢医療保険の確認

確認日	医療給付グループ確認者	滞納の有無
年 月 日		有 ・ 無

3. 利用券等の交付

受領日	年 月 日
受領者氏名	
代理人氏名	

※交付の際は、本人確認書類の提示を求めること。

代理人の場合、同様に本人確認書類の提示を求めること。