

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 有効期限日	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					
決裁	課長	主査	グループ	備考	受付	交付	確認印

別記様式(第5条関係)

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	受 領 者 氏 名
年 月 日	
代 理 人 住 所	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。