

米沢市高齢者運転免許自主返納支援申請書

令和 年 月 日

米沢市長 あて

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

米沢市高齢者運転免許自主返納支援事業実施規程第 5 条の規定に基づき次のとおり申請します。

1 支援の対象者（自主返納をされた方）

住 所	米沢市		
氏 名			
生 年 月 日	昭和 年 月 日 (満 歳)	電話 番 号	

2 希望する支援の内容

種 別	券種・冊 (枚) 数
市民バス 回数乗車券	円券× () 冊
のりあいタクシー 回数乗車券	円券× () 冊
タクシー乗車券	円券× () 冊
	円券× () 枚
山交バス回数券	計 6, 0 0 0 円

3 代理申請を行う場合

代理人	住所		
	氏名	電話番号	
上記の者を代理人と定め、米沢市高齢者運転免許自主返納支援事業の申請の権限を委任します。 支援の対象者 氏名 (印)			

4 添付書類

申請による運転免許の取消通知書の写し

運転経歴証明書の写し

上記の乗車券等を受領しました。 氏名 (印)

【アンケート】 免許証の自主返納理由を教えてください

- 運転に自信がなくなったから 家族や友人に勧められたから
 支援制度があったから その他 ()

台帳確認	入力