

様式第 2 (第 5 条関係)

稲沢市高齢者運転免許証自主返納支援事業申請書

年 月 日

稲沢市長 殿

稲沢市高齢者運転免許証自主返納支援を受けたいので、次のとおり申請します。

氏 名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男・女
住 所	稲沢市		
電話番号			
免許返納日	年 月 日		

添付書類 ・ 運転経歴証明書の写し

稲沢市コミュニティバス・コミュニティバス接続便無料乗車券を受領しました。

年 月 日

氏 名 ⑩

※この申請は 1 人 1 回限りです。

備考 この用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。