

河合町高齢者運転免許自主返納支援事業申請書

令和 年 月 日

河 合 町 長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

(事業対象者との関係：)

河合町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第 6 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

事業 対 象 者	住 所	☐ 申請者に同じ	河合町
	氏 名	☐ 申請者に同じ	
	生年月日	大 正 ・ 昭 和 年 月 日生	
添 付 書 類		☐ 運転経歴証明書の写し（コピー） ☐ 申請による運転免許の取消通知書の写し（コピー） ☐ なし（運転経歴情報（マイナ経歴証明書）を提示）	
運転経歴情報 提示確認者		☐ 危機管理課危機管理係 ⑩ ☐ 課 係 ⑩	

受 領 書

河合町高齢者運転免許自主返納支援事業により I C O C Aカードを受領しました。

受領年月日	令和 年 月 日																	
受 領 品	I C O C Aカード（デポジット 5 0 0 円を含む 3, 0 0 0 円分） 1 枚																	
	<table><tr><td>番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	番 号																
番 号																		

(受領者)

氏 名