

高齢者運転免許証自主返納サポート乗車券等交付申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

申請者（交付対象者）

住 所 〒

一 関 市

氏 名

生年月日 年 月 日生（ 歳）

電話番号

下記のとおり運転免許証を自主返納し、高齢者運転免許証自主返納サポート乗車券等の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 運転免許証自主返納日

年 月 日

2 添付書類

申請による運転免許の取消通知書（写し）

3 希望する支援（いずれかを○で囲む）

(1) 乗車券（12,000円）

(2) 商品券等（10,000円）

障がい福祉乗車券、高齢者福祉乗車券の助成対象確認のため、関係課へ照会することについて同意いたします。

氏名

現在、病院又は診療所（施設含む）に入院（入所）して【 いる・いない 】

※枠内を記入してください。

※「障がい福祉乗車券」または「高齢者福祉乗車券」の対象者は、本事業の交付を受けられません。《詳細については別紙チラシをご覧ください。》

課 長	係 長	課 員	担当者	入力確認	福祉乗車券助成対象確認				交付歴確認
					高齢者担当		障がい者担当		
					対象	外	対象	外	
交付決定	可 否（理由）								
交付決定日	令和 年 月 日	交付決定番号	No.	乗車券No.					
有効期間	令和 年 月末まで								