

愛川町高齢者運転免許自主返納支援事業申請書

年 月 日

愛 川 町 長 殿

愛川町高齢者運転免許自主返納支援事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、  
次のとおり申請します。

住 所	愛川町
ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日
年 齢	歳
電話番号	( ) -

添付資料

- 「神奈川県公安委員会が発行する運転免許の取消通知書」又は「無効確認を受けた運転免許証」（紛失の場合）
- 自主返納時に申請をした「神奈川県公安委員会が発行する運転経歴証明書」

(注意) \* この申請は1人1回限り

交 付 日				発 行 番 号	
年 月 日				No	
決 裁 欄				起 案	決 裁
課 長	主 幹	副主幹	班 員	・	・