

様式第1号

高齢者運転免許証自主返納サポート活動協賛店等申込書

令和 年 月 日

高齢者運転免許証自主返納サポート活動実施要領に同意し、高齢者運転免許証自主返納サポート活動協賛店への加盟を申請します。

住所

氏名

印

(法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

1 特典内容

特典内容	適用範囲	年齢制限
	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 本人と家族 <input type="checkbox"/> 同伴者	<input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 年齢制限なし

2 取扱い店舗（一覧表の提出でも可）

店舗名

住所

電話番号（ホームページアドレス）

3 確認事項（該当箇所に✓を入れてください）

- (1) 県内居住者のみ 県外居住者も含む
- (2) 他の割引券等との併用が可能 他の割引券等との併用はできない
- (3) 割引商品を除く 割引商品も適用
- (4) 有効期限なし 有効期限あり（運転経歴証明書発行から____年以内）

4 その他

- (1) 支援開始日

令和 年 月 日

- (2) 連絡担当者

役職 氏名（ふりがな） 電話番号