

様式第1号（第5条関係）

運転免許証自主返納支援助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）伊勢崎市長

申請者（フリガナ）

氏 名

住 所 伊勢崎市

生年月日 年 月 日

電話番号 — —

伊勢崎市運転免許証自主返納支援助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

運転経歴証明書 の交付日	年 月 日
運転経歴証明書 の番号	第 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 号
助成金申請額	1, 100円

■承認事項

1. 伊勢崎市住民基本台帳による申請者情報の照合
  2. 伊勢崎警察署又は群馬県警察に対する運転免許証自主返納の照会
- 上記の事項について、承諾します。

■添付書類

運転経歴証明書の写し  
請求書