別記様式第１号

高齢者交通安全支援協賛店加盟申込書

( 　 )警察署経由

　滋賀県警察本部　様

郵便番号

住　　　　所

店名・事業所

代表者名

電話番号［ － － 　 ］

記

１　運転免許証自主返納高齢者支援制度運用要領を確認し賛同しますので、協賛店への加盟を申し込みます。







２　免許返納高齢者へのサービス提供を次の通り行います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス項目  （開始年月日） | サービス提供の内容 | 責任者又は担当者  の氏名（役職名） |
| （令和　年　月　日 開始） |  |  |
| （令和　年　月　日 開始） |  |  |
| （令和　年　月　日 開始） |  |  |
| （令和　年　月　日 開始） |  |  |
| （令和　年　月　日 開始） |  |  |

※　項目等が多数に渡る場合や割引率が異なる場合、サービス提供の方法が異なる項目がある場合等は、枠を拡大または別紙に記入して下さい。

※　サービス提供の対象者を免許返納高齢者の家族や同伴者に拡大する場合は、その　　旨をサービス提供の内容欄に記載して下さい。

　※　支店や営業所等がある場合は、別紙に支店名や営業所名、所在地及び電話番号、責任者又は担当者の役職・氏名を個別に記載の上、サービス内容を上記項目に従い記入のうえ、本書に添付して下さい。

　　　なお、サービス提供内容が同一の場合は、「本店・本社に同じ」等と記入して下さい。