

F A X 番 号	099-226-0748
メールアドレス	anshin@city.kagoshima.lg.jp
郵 送 先	〒892-8677 鹿児島市山下町11-1 鹿児島市役所危機管理局 安心安全課

年 月 日

事業所の所在地
事業所名
代表者(役職・氏名)

高齢者等運転免許自主返納支援制度申込書

高齢者等運転免許自主返納支援制度に賛同し、次のとおり申し込みます。

支援制度 の内容 ※公表す る内容	(企業名・店舗名)
	(運転経歴証明書の提示により受けられる支援制度の内容)
	(開始時期： 年 月 日から)
	(対象者)
	(問合せ先)
担当者 連絡先	(部署名) (担当者氏名・フリガナ) (住所) 〒 (電話) (FAX) (E-mail) (URL)

○ 特典の内容は鹿児島市のホームページでご紹介します。

※ 広告ではありません。掲載内容は申込書を元に市で決定します。

「期間限定」など特典内容が限定的な場合は、掲載できないことがあります。

※ 支援制度の内容について市では一切責任を負えませんので、利用者に対し、事前に十分な説明を行ってください。

○ 詳しくは、099-216-1209（鹿児島市安心安全課）へお問い合わせください。

※ この制度で知り得た個人情報をその目的以外のために利用し、又は第三者に提供してはいけません。

※ この制度の目的に反するおそれのある場合にはご協力をお断りすることがあります。

【記載例】

令和元年10月1日

事業所の所在地 鹿児島市山下町〇番〇号
事業所名 株式会社〇〇商事
代表者(役職・氏名) 代表取締役社長 〇〇 〇〇

高齢者等運転免許自主返納支援制度申込書

高齢者等運転免許自主返納支援制度に賛同し、次のとおり申し込みます。

支援制度 の内容	(企業名・店舗名) 〇〇〇〇〇〇屋
	(運転経歴証明書の提示により受けられる支援制度の内容) 店頭価格から1割引 (開始時期：令和〇年〇月〇日から)
※公表す る内容	(対象者) 本人のみ
	(問合せ先) 〇120-〇〇-〇〇〇〇
担当者 連絡先	(部署名) 総務部 営業企画課 (担当者氏名・フリガナ) 〇〇 〇〇 (〇〇〇〇 〇〇〇〇) (住所) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 鹿児島市谷山中央〇丁目〇番〇号 (電話) 〇99-〇〇〇-〇〇〇〇 (FAX) 〇99-〇〇〇-〇〇〇〇 (E-mail) (URL)

○ 特典の内容は鹿児島市のホームページでご紹介します。

※ 広告ではありません。掲載内容は申込書を元に市で決定します。

「期間限定」など特典内容が限定的な場合は、掲載できないことがあります。

※ 支援制度の内容について市では一切責任を負えませんので、利用者に対し、事前に十分な説明を行ってください。

○ 詳しくは、099-216-1209（鹿児島市 安心安全課）へお問い合わせください。

※ この制度で知り得た個人情報をその目的以外のために利用し、又は第三者に提供してはいけません。

※ この制度の目的に反するおそれのある場合にはご協力をお断りすることがあります。