**様式第１号（第４、第５関係）**

**群馬県高齢者運転免許証自主返納サポート事業 協賛登録申込書**

令和　　年　　月　　日

群馬県県土整備部道路管理課長　あて

所在地

名称・代表者

群馬県高齢者運転免許証自主返納サポート事業運営要領第５第１項の規定に基づき、協賛店・事業所の登録を申し込みます。

**１　申込者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業種区分 | □公共交通利用支援 | □買物支援 | □その他（ |  | ） |
| 店舗等の名称（フリガナ） |  | | | | |
| 代表者名 |  | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 担当者部署・氏名 |  | | | | |
| 電話番号 | －　　　　－ | | | | |
| FAX番号 | －　　　　－ | | | | |
| 電子メールアドレス |  | | | | |
| ホームページURL | http:// | | | | |
| 外部リンク希望 | あり　・　なし | | | | |

**２　サポート内容**

|  |
| --- |
|  |

※　外部リンクを希望する場合には、自主返納サポート事業に関する事項を掲載してください。

　外部リンクの希望がない場合には、サポート内容と電話番号を掲載します。

　（掲載例）　・ 運転経歴証明書を提示された高齢者に対して、料金割引（○○を贈呈）

詳しくは、○○会社○○○○（電話：○○○○－○○－○○○○）

※　上記の代表者名・担当者名・電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ・FAX番号は、県からの連絡に用い、公開はしません。

※　サポート内容の変更・廃止を希望する場合には、「高齢者運転免許証自主返納サポート事業」協賛内容変更・廃止届により、届け出をしてください。