

委 任 状

受 任 者

住 所

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、宇佐市高齢者運転免許証自主返納支援事業の申請及び受領について、権限を委任します。

希望する支援の内容

支援の内容	希望金額
大分県バス会社共通回数券	円相当
宇佐市コミュニティバス回数券	円相当
宇佐市内タクシー・コミュニティバス共通回数券	円相当

※ この支援は対象者 1 人につき 1 回限りです。

令和 年 月 日

委 任 者（免許返納者）

住 所

氏 名

電話番号