

駐車許可申請書	
令和〇〇年〇〇月〇〇日	
〇 〇 警察署長 宛て	
住所（所在地） 群馬県〇〇市〇〇町一丁目 1 番	
申請者 氏名（名称） 株式会社 赤城介護サービス	
代表取締役 赤城 太郎	
電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
番 号 標 に 表 示 さ れ て い る 番 号	群馬〇〇〇あ〇〇〇〇
許 可 を 受 け よ う と す る 日 時 期 間	令和〇年〇〇月〇〇日から令和〇年〇〇月〇〇日 午前〇〇時〇〇分から午後〇〇時〇〇分まで
許 可 を 受 け よ う と す る 場 所	訪問先を記載してください 複数箇所ある場合、別紙のとおりとして別紙を添付してください
許 可 を 受 け よ う と す る 理 由	訪問介護のため
第 号	
駐 車 許 可 証	
上記のとおり許可する。ただし、次の条件に従うこと。	
条 件	
年 月 日	
警 察 署 長 印	

備考 申請者は太枠内を記入すること。

