

思いやり駐車場利用証再交付申出書

年 月 日

下記の理由により利用証の再交付申出をします。

申出者 氏 名
住 所
生年月日
電話番号
(代理人) 氏 名 (続柄)
住 所
電話番号

障害等の状況	身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者 ☐ 高 齢 者 ☐ 難 病 患 者 ☐ 妊 産 婦 ☐ 傷 病 者 ☐
再交付申出の理由	

- (確認書類)
- ・身体障害者…身体障害者手帳
 - ・知的障害者…療育手帳
 - ・精神障害者…精神障害者保健福祉手帳
 - ・妊 産 婦…母子手帳
 - ・高 齢 者…介護保険被保険者証
 - ・難 病 患 者…特定疾患医療受給者証
特定医療費(指定難病)受給者証
 - ・傷 病 者…医師の診断書又は意見書

(注1)「再交付申出の理由」欄には、紛失又は汚損の状況を記載してください。

(注2)汚損、破損の場合には、既存の利用証を添付してください。

※代理人による申出の場合は、代理人の身分を証明するものを添付してください。

※お預かりした個人情報、思いやり駐車場利用証の交付等に必要事項を審査するためのみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

手帳等 NO.	交付日	(有効期限)
※	※	※

※印欄は、何も記載しないこと。