

--	--	--	--	--

兵庫ゆずりあい駐車場利用証再交付申請書

年 月 日

兵庫県知事 様

住 所：〒

(ふりがな) ()

氏 名：

生年月日： 年 月 日

電話/FAX番号： /

兵庫ゆずりあい駐車場利用証制度実施要綱第8条の規定により、次のとおり兵庫ゆずりあい駐車場利用証の再交付を申請します。

1 区分

- 障害者（身体障害 知的障害 精神障害） 難病患者
高齢者等 妊産婦 傷病人 その他

2 現に交付を受けている利用証の交付番号等

交付番号	
有効期限	年 月

3 再交付申請の理由

- 紛失 破損 その他
状況 ()

注) 1 申請者の確認のため、利用証交付申請に使用した確認書類を提示（又は写しを添付）してください

2 「1 使用区分」及び「3 再交付申請の理由」については、該当する項目の□に「レ」を記入してください。

(代理人が申請する場合は、裏面も記載)

【代理人記入欄】

※ 申請者が入所している施設の職員が代理人として利用証を申請する場合は、代理人の所属している施設の名称、所在地、電話番号及びFAX番号を記入してください。

申請者との関係	
代理人氏名 (施設名称)	<hr/> (施設名称)
代理人住所	〒 県 市・町 区
代理人連絡先	電話番号 FAX番号

- 注) 1 必ず本人の承諾を得てから申請してください。
2 代理人の身分証明書を提示してください。