

鹿児島県身障者用駐車場利用証再交付申請書

年 月 日

鹿児島県知事 様

〒 ー
住 所
申請者 氏 名
電話番号

代理申請の場合 〒 ー
住 所
代理人 氏 名
電話番号

【確認事項（必須）】

「ゆずりあい」の気持ちを持って本制度の対象駐車場を利用するため、次の内容に同意します。（理解された方はチェック（）してください。）

- 車の運転をされる車椅子常時利用者の方（赤色の利用証をお持ちの方）は、車の乗り降りをする際、車のドアを全開にし、車椅子を車に横付けしなければならないため、幅の広い駐車場は、可能な限り、車を運転される車椅子常時利用者の方（赤色の利用証をお持ちの方）にゆずります。
- 介助者が同乗している場合等で、施設の近くの乗降スペースや本制度の対象区画への一時的な停車により乗降が可能な場合には、一般の駐車場に駐車します。

使用区分	身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> けが人 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/>
利用証の交付番号	
期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
再交付申請の理由	

（注）「再交付申請の理由」欄には、紛失又は汚損の状況を記載すること。

お預かりした個人情報、鹿児島県身障者用駐車場利用証の再交付に必要な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。