

除外標章交付申請書

年 月 日

鹿児島県公安委員会 殿

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------|----------------------------------|-------|-------|--|------|--|---------------------------------|-------|-------|--|------|--|-------------------------------|-------|--|------|--------------------------------------|-------|----|------|---|-------|--------|
| 住所(所在地) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名(名称) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 その他連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 標章の名称 | 駐車禁止除外指定車標章 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 番号標に表示 されている番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 除外を受けよう とする期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 除外を受けよう とする区間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 除外を受けよう とする理由 | <p>【駐車標章】該当するものに✓印 ※<input checked="" type="checkbox"/>以下の公安委員会が定める業務に使用する</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 専ら郵便法に基づく郵便物の集配 <input type="checkbox"/> 電気通信事業法に基づく電報の配達 <input type="checkbox"/> 道路交通法に基づく放置駐車車両確認事務 <input type="checkbox"/> 医師法に基づく医師及び保健師助産師看護師法に基づく助産師による緊急往診 <input type="checkbox"/> 保健師助産師看護師法に基づく保健師、看護師若しくは准看護師が医師の指示を受け、緊急訪問を行うため使用中の車両 <input type="checkbox"/> 報道機関の緊急取材 <input type="checkbox"/> 交通安全施設及び道路交通法の規定によるパーキング・メーターの維持管理 <input type="checkbox"/> 患者輸送車又は車いす移動車による輸送用務 <input type="checkbox"/> 児童虐待の防止等に関する法律に基づく立入調査 <input type="checkbox"/> 狂犬病予防法に基づく犬の捕獲 <input type="checkbox"/> 食品衛生法に基づく臨検検査 <input type="checkbox"/> 環境基本法に基づく公害監視、測定等 <input type="checkbox"/> 河川法に基づく河川管理施設の維持管理 <input type="checkbox"/> 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく感染症の患者の収容又は感染症予防活動 <input type="checkbox"/> 歯科医師法に基づく往診歯科診療器材搭載車両又は携帯用往診歯科診療器材搭載車両 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>【身障者標章】 ※<input checked="" type="checkbox"/>以下の公安委員会が定める障害を持つ者が乗車する 該当するものに✓印をし、障害の区分、障害の級別又は障害の程度及び手帳番号を記入</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳</td> <td rowspan="2">障害の区分</td> <td>障害の級別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳</td> <td rowspan="2">障害の区分</td> <td>障害の級別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 療育手帳</td> <td>障害の程度</td> <td><input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A</td> <td>手帳番号</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳</td> <td>障害の程度</td> <td>1級</td> <td>手帳番号</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病にかかる 医療受給者証</td> <td>障害の区分</td> <td>色素性乾皮症</td> <td>受給者番号</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | 障害の区分 | 障害の級別 | | 手帳番号 | | <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 | 障害の区分 | 障害の級別 | | 手帳番号 | | <input type="checkbox"/> 療育手帳 | 障害の程度 | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A | 手帳番号 | <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 | 障害の程度 | 1級 | 手帳番号 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病にかかる 医療受給者証 | 障害の区分 | 色素性乾皮症 |
| <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 | 障害の区分 | 障害の級別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳 | 障害の区分 | 障害の級別 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 療育手帳 | 障害の程度 | <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A | 手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 | 障害の程度 | 1級 | 手帳番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病にかかる 医療受給者証 | 障害の区分 | 色素性乾皮症 | 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |