

	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">標章 番号</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	標章 番号																																		
標章 番号																																				
駐車禁止除外標章交付申請書																																				
年 月 日																																				
鹿児島県公安委員会 殿																																				
住所 申請者 氏名 (電話 ) (携帯電話 )																																				
主たる運転者の 住 所 氏 名	(電話 ) (携帯電話 )																																			
期 間 ( 日 時 )																																				
場 所																																				
車 両 の 種 類	車両（登録）番号																																			
申 請 理 由	<p><b>【駐車標章】</b> 該当するものに✓印</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 専ら郵便法に基づく郵便物の集配</li> <li><input type="checkbox"/> 電気通信事業法に基づく電報の配達</li> <li><input type="checkbox"/> 道路交通法に基づく放置駐車車両確認事務</li> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> 報道機関の緊急取材</li> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> 患者輸送車又は車いす移動車による輸送用務</li> <li><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</li> <li><input type="checkbox"/> 狂犬病予防法に基づく犬の捕獲</li> <li><input type="checkbox"/> 食品衛生法に基づく臨検検査</li> <li><input type="checkbox"/> 環境基本法に基づく公害監視、測定等</li> <li><input type="checkbox"/> 河川法に基づく河川管理施設の維持管理</li> <li><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</li> <li><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</li> </ul> <p><b>【身障者標章】</b>                  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 style="width: 15%;"><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳</td> <td style="width: 25%;">障害の区分</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 15%;">障害の級別</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>手帳番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳</td> <td>障害の区分</td> <td></td> <td>障害の程度</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <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> <td></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> <td></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> <td></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		障害の程度					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	
<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		障害の程度																																	
			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	<input type="checkbox"/> 代書 代書理由 代書者 住所 氏名 申請者（交付対象者）との関係（ ）																																			

- 備考 1 申請者欄は、交付要件に該当する交付対象者を記載すること。
- 2 申請者が法人であるときは、申請者の欄には、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名を記載すること。
- 3 申請書を代書した場合は、備考欄に代書の理由、代書者の住所、氏名及び申請者との関係を記載すること。