

島根県身体障がい者等用駐車場利用証再交付申請書

年 月 日

島 根 県 知 事 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

使用区分	身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <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	
----------	--

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は、島根県身体障がい者用等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。