

様式第11号（第2条の2関係）

除外標章交付申請書	
令和 年 月 日	
兵庫県公安委員会 様	
住所（所在地）	標章の交付を受ける人（障害者）の住所
ふりがな	
氏名（名称）	標章の交付を受ける人（障害者）の氏名
電話番号 その他の連絡先	( ) - ( ) -
標章の名称	<input type="checkbox"/> 通行禁止駐車禁止 除外指定車標章 <input type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車 標章（事業用標章） <input checked="" type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車標章（身体障害者等用標章）
番号標に表示されている番号	<del>※身体障害者等用標章は記載不要</del>
除外を受けようとする期間	
除外を受けようとする区間	<del>※身体障害者等用標章は記載不要</del>
除外を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 以下の公安委員会が定める業務に使用する <input type="checkbox"/> 感染症予防活動 <input type="checkbox"/> 交通施設の設置、維持管理 <input type="checkbox"/> 緊急修復工事（ <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電話） <input type="checkbox"/> 公害調査 <input type="checkbox"/> 郵便物の集配 <input type="checkbox"/> 強制執行等（執行官） <input type="checkbox"/> 医師の緊急往診 <input type="checkbox"/> 看護師等の緊急訪問 <input type="checkbox"/> 助産師の緊急訪問 <input type="checkbox"/> 歯科医師の往診 <input type="checkbox"/> 患者又は車いす利用者の輸送 <input type="checkbox"/> 緊急取材 <input type="checkbox"/> 児童の一時保護等 <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 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢機能障害 <input type="checkbox"/> 下肢機能障害 <input type="checkbox"/> 体幹機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢機能障害（脳原性） <input type="checkbox"/> 移動機能障害（脳原性） <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸の機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <b>【 級】</b> <input type="checkbox"/> 知的障害者（A判定） <input type="checkbox"/> 精神障害者（1級） <input type="checkbox"/> 色素性乾皮症患者
<p>該当する障害名に✓</p> <p>身体障害者は等級を記載</p>	
<p>代理申請、代書の場合「代理人」に関する事項を記載</p>	<p>旧標章番号（現在交付を受けている標章の番号）</p> <p>代理人 住所 続柄 氏名 連絡先</p>

備考 用紙内の該当する□にレ印を入れてください。

受理 署	受理番号	取扱者	申請者の来署 有・無
交付する標章の有効期限		令和 年 月 日まで	