

様式第11号（第2条の2関係）

除外標章交付申請書	
兵庫県公安委員会 様	令和 年 月 日
住所（所在地）	交付対象の用務を行う事業所の所在地
ふりがな	
氏名（名称）	（法人の場合） 交付対象の用務を行う法人の名称と事業所の名称 （個人事業主の場合） 交付対象の用務を行う事業主名と事業所の名称
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 checked="" type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車標章（事業用標章） <input 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	申請する車両の登録番号
除外を受けようとする期間	
除外を受けようとする区間	（例） 神戸市、明石市
除外を受けようとする理由	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の公安委員会が定める業務に使用する <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <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） </div> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <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 </div> <input 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 <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;"> <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 【 級】 </div> <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
備考	旧標章番号（現在交付を受けている標章の番号） 代理人 住所 続柄 氏名 連絡先

該当する用務に✓

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	日まで