

福祉駐車券申請書（新規・変更・再発行）

神戸市長 あて
下記のとおり申請します。

神戸市使用欄		
受付日	審査入力日	交付日

■ 共通項目

申請者の情報（障害者手帳をお持ちの方）				
フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
氏名				
住所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____			
介護者の情報（主に運転される介護者）※本人運転の場合は記入不要				
フリガナ		生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
氏名				
住所	〒 _____ 電話番号 _____ - _____			

■ 選択項目

当てはまるものに✓をつけて、必要事項を記入してください。

 新規申請

障害者手帳の情報				
手帳種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳			障害等級 () 種 () 級
手帳番号	神戸市第 _____ 号			
必要書類	申請書 / 障害者手帳の写し / 運転免許証の写し（本人運転の場合のみ）			

 障害者手帳の変更

フリガナ <input type="checkbox"/> 変更後の氏名				
<input type="checkbox"/> 変更後の住所	〒 _____			
<input type="checkbox"/> 変更後の 障害等級	手帳番号	神戸市第 _____ 号	障害等級	() 種 () 級
必要書類	申請書 / 変更後の障害者手帳の写し / 福祉駐車券の本券（住所変更のみの場合は不要）			

 駐車券の再発行

再発行の理由	紛失した / 磁気不良で使えない（駐車券番号： _____）			
必要書類	申請書 / （磁気不良の場合）福祉駐車券の本券 / 障害者手帳の写し			

（注）障害者手帳の写しは、住所部分がわかるよう、見開きの状態で複写をお願いいたします。