

新規（期限切れ） 再交付 更新 記載事項変更（ ）

駐車禁止等除外指定車標章交付申請書（歩行困難者用）

年 月 日

公安委員会 殿

申請者 住 所

氏 名

電話番号

標章の使用者（歩行困難者用）	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日	運転免許 有・無	
	電話番号	自宅	-	-	携帯	-
		勤務先	-	-	(名称:)	
	申 請 理 由	手帳の種別及び記載内容について記入してください。				
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	手帳番号 第 号			
		手帳に記載のある障害名に☑をし、個別の等級が分かるときはそれぞれの等級を記入してください。				
		<input type="checkbox"/> 視 覚 (級)	<input type="checkbox"/> 聴 覚 (級)	<input type="checkbox"/> 平衡機能 (級)		
		<input type="checkbox"/> 上 肢 (級)	<input type="checkbox"/> 下 肢 (級)	<input type="checkbox"/> 体 幹 (級)		
<input type="checkbox"/> 運動機能・上肢 (級)		<input type="checkbox"/> 運動機能・移動 (級)				
<input type="checkbox"/> 心 臓 (級)		<input type="checkbox"/> じん臓 (級)	<input type="checkbox"/> 呼 吸 器 (級)			
<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 (級)		<input type="checkbox"/> 小 腸 (級)	<input type="checkbox"/> 免 疫 (級)	身体障害者等級表による級別	級	
<input type="checkbox"/> 肝 臓 (級)						
備 考	<input type="checkbox"/> 療育手帳（療育A）	手帳番号 第 号				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級）	手帳番号 第 号				
	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳（ 項）	手帳番号 第 号				
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患児手帳（色素性乾皮症）	手帳番号 第 号				
旧 標 章	標 章 番 号					
	有 効 期 限	年	月	日		
新 標 章	標 章 番 号					
	発 行 日	年	月	日	受 理 者	
備 考		本 部 受 付		警 察 署 受 付		

注 規格は、A列4番縦長とする。

【記載例】（標章使用者本人が申請者の場合）

新規（期限切れ） 再交付 更新 記載事項変更（ ）

駐車禁止等除外指定車標章交付申請書（歩行困難者用）

申請年月日

令和 3 年 4 月 8 日

北海道 公安委員会 殿

標章の使用者本人or代理人or介護人

※代理人又は介護人の場合は、申立書作成

申請者 住所 札幌市〇〇区〇条〇丁目

氏名 道警 北斗

電話番号 011-251-0110

標章の使用者（歩行困難者用）	住所	札幌市〇〇区〇条〇丁目		
	氏名	道警 北斗		
	生年月日	昭和 42 年 6 月 23 日	運転免許	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
	電話番号	自宅 011-251-0110 携帯 090-1234-5678	勤務先 011-123-4567（名称： 株式会社△△△△）	
申請理由	手帳の種別及び記載内容について記入してください。			
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳	手帳番号 札幌市〇〇第 12345 号		
	手帳に記載のある障害名に <input checked="" type="checkbox"/> をし、個別の等級が分かるときはそれぞれの等級を記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 視覚（ 級）	<input type="checkbox"/> 聴覚（ 級）	<input type="checkbox"/> 平衡機能（ 級）	
	<input checked="" type="checkbox"/> 上肢（ 2 級）	<input checked="" type="checkbox"/> 下肢（ 3 級）	<input type="checkbox"/> 体幹（ 級）	
<input type="checkbox"/> 運動機能・上肢（ 級）	<input type="checkbox"/> 運動機能・移動（ 級）			
<input type="checkbox"/> 心臓（ 級）	<input type="checkbox"/> じん臓（ 級）	<input type="checkbox"/> 呼吸器（ 級）		
<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸（ 級）				
<input type="checkbox"/> 小腸（ 級）	<input type="checkbox"/> 免疫（ 級）	身体障害者等級表による級別	1 級	
<input type="checkbox"/> 肝臓（ 級）				
<input type="checkbox"/> 療育手帳（療育A）	手帳番号	第	号	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級）	手帳番号	第	号	
<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳（ 項）	手帳番号	第	号	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患児手帳（色素性乾皮症）	手帳番号	第	号	
備考	手帳に記載のあるに障害名全てに <input checked="" type="checkbox"/>		本部受付	警察署受付
※代筆の場合は、代筆者の氏名と関係性を記入				警察署の ・日付印押印 ・受理番号記入
旧標章	標章番号	18-888-01-35-0	受理者	
	有効期限	令和3年2月16日		
新標章	標章番号			
	発行日	年 月 日		

注 規格は、A列4番縦長とする。

【記載例】（介護人が申請者の場合）

新規（期限切れ） 再交付 更新 記載事項変更（ ）

駐車禁止等除外指定車標章交付申請書（歩行困難者用）

申請年月日

令和 3 年 4 月 8 日

北海道 公安委員会 殿

標章の使用者本人or代理人or介護人

※代理人又は介護人の場合は、申立書作成

申請者 住所 札幌市〇〇区〇条〇丁目

氏名 道警 規子

電話番号 011-251-0110

標章の使用者（歩行困難者用）	住所	札幌市〇〇区〇条〇丁目		
	氏名	道警 ほと		
	生年月日	平成 24 年 6 月 23 日	運転免許	有・ 無
	電話番号	自宅	011-251-0110	携帯 - -
		勤務先	- -	(名称:)
	申請理由	手帳の種別及び記載内容について記入してください。		
		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	手帳番号	第 号
		手帳に記載のある障害名に <input checked="" type="checkbox"/> をし、個別の等級が分かるときはそれぞれの等級を記入してください。		
		<input type="checkbox"/> 視覚 (級)	<input type="checkbox"/> 聴覚 (級)	<input type="checkbox"/> 平衡機能 (級)
		<input type="checkbox"/> 上肢 (級)	<input type="checkbox"/> 下肢 (級)	<input type="checkbox"/> 体幹 (級)
<input type="checkbox"/> 運動機能・上肢 (級)		<input type="checkbox"/> 運動機能・移動 (級)		
<input type="checkbox"/> 心臓 (級)		<input type="checkbox"/> じん臓 (級)	<input type="checkbox"/> 呼吸器 (級)	
<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 (級)				
<input type="checkbox"/> 小腸 (級)	<input type="checkbox"/> 免疫 (級)	身体障害者等級表による級別	1 級	
<input type="checkbox"/> 肝臓 (級)				
備考	<input checked="" type="checkbox"/> 療育手帳（療育A）	手帳番号	札〇福 第 1234 号	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（1級）	手帳番号	第 号	
	<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳（ 項）	手帳番号	第 号	
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患児手帳（色素性乾皮症）	手帳番号	第 号	
交付を受けている手帳の種別ごとに手帳番号を記入		本部受付	警察署受付	
旧標章	標章番号	18-888-03-5-0		
	有効期限	令和3年4月20日		
新標章	標章番号			
	発行日	年 月 日		
		警察署の ・日付印押印 ・受理番号記入		
		受理者		

注 規格は、A列4番縦長とする。