

<h2 style="margin: 0;">鳥取県ハートフル駐車場利用証 再 交 付 申 請 書</h2>					
年 月 日 住 所					
申請者 (ふりがな) 氏 名					
電話番号					
区 分	<input type="checkbox"/> 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"/> 発達障がい者等 <input type="checkbox"/> 高 齢 者 <input type="checkbox"/> 難 病 患 者 <input type="checkbox"/> 妊 産 婦 等 <input type="checkbox"/> け が 人 <input type="checkbox"/> そ の 他				
利用証	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> 交付番号 </td> <td style="padding: 5px;"> _____ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 有効期限 </td> <td style="padding: 5px;"> _____ 年 _____ 月 </td> </tr> </table>	交付番号	_____	有効期限	_____ 年 _____ 月
交付番号	_____				
有効期限	_____ 年 _____ 月				
再交付申請の理由	_____ _____ _____				

(注)「再交付申請の理由」欄には、紛失、汚損等の状況を記載すること。

代理人による再交付申請の場合は、下記連絡先に記載していただくとともに、代理人の身分証明書（運転免許証、保険証等）を御持参ください。

【連絡先】

代理人氏名	_____
代理人住所	_____
代理人電話番号	_____

※ 記載された個人情報は、鳥取県ハートフル駐車場利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

担 当
