

佐賀県パーキングパーミット
（身障者用駐車場利用証）再交付申請書

年 月 日

佐賀県知事 様

〒
住 所 _____

申請者 氏 名(フリガナ) _____ (_____)

生年月日 _____

電話番号 _____

（代理申請される場合はこちらもご記入ください。）

住 所 _____

代理人 氏 名(フリガナ) _____ (_____)

電話番号 _____

申請者との関係 _____

使用区分	身体障害者 知的障害者	高 齢 者 妊 産 婦	難 病 患 者 け が 人 等
旧利用証の番号・色	(グリーン・ホジ)		
旧利用証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
再交付申請の理由			

（注）「再交付申請の理由」欄には、紛失又は汚損の状況を記載すること。

添付書類 身分証明書の写し ※住所・氏名・生年月日の記載があるところの写し
代理人の場合 代理人の身分証明書の写し も必要です。

お預かりした個人情報、佐賀県パーキングパーミット(身障者用駐車場利用証)の再交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

詳しくは、佐賀県のホームページのプライバシーポリシーをごらんください。

(<http://www.pref.saga.lg.jp/at-contents/privacy/>)

交付番号 ・色	グリーン・ホジ	有効期間	年 月 日 ~ 年 月
------------	---------	------	-------------