

鳥取県ハートフル駐車場利用証 再 交 付 申 請 書	
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	交付番号
	有効期限
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