

屏東縣身心障礙者專用停車位識別證申請書

(必填) 初次申請 換(補)發

申請日期 年 月 日

身障者(申請人)	姓名		身分證字號		電話	
	重新鑑定日期		障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
	戶籍地址	屏東縣 鄉鎮市 里村 鄰 街(路) 段 巷 弄 號 樓				

駕駛人	姓名	<input type="checkbox"/> 同(身心障礙者) <input type="checkbox"/> 同(車主)	身分證字號	<input type="checkbox"/> 同(身心障礙者) <input type="checkbox"/> 同(車主)
	與身障者關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 <input type="checkbox"/> 祖孫 <input type="checkbox"/> 祖孫女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 其他_____		

車主	姓名	<input type="checkbox"/> 同(身心障礙者) <input type="checkbox"/> 同(駕駛人)	牌照號碼	
	身分證字號	<input type="checkbox"/> 同(身心障礙者) <input type="checkbox"/> 同(駕駛人)	與身障者關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女 <input type="checkbox"/> 祖孫 <input type="checkbox"/> 祖孫女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 其他_____

以上所填資料及所附文件均為真實無誤，如故意隱匿或提供不實資料違反相關法令，願負一切法律責任。

身心障礙者者： _____ (簽名)

請蓋章：



備註	<p>注意事項</p> <p>◎請確實填寫，切勿缺漏或虛偽不實記載而導致權益受損。</p> <p>◎需經由公所透過資訊系統查詢社政評估鑑定結果符合(行動不便者)始可申請，依法並非所有身心障礙者均可申請。</p> <p>◎專用停車位識別證與專用車牌僅能擇一申請，專用停車證僅限自用小客車、自用小客貨車、計程車。</p> <p>◎專用停車位識別證之使用效期以身心障礙證明重新鑑定年/月/日為到期日。</p>
----	---

※下列為申辦身心障礙者專用停車位識別證所需資料※

應備文件	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身心障礙證明正反面影本。 2. 印章(身心障礙者及代辦人)。 3. 行照、駕照(選擇下列其中一種符合之條件) <ol style="list-style-type: none"> (1) <input type="checkbox"/>身障者本人行照、駕照。 (2) <input type="checkbox"/>身障者無駕照或行照，由同戶籍或同址分戶之親屬請檢附親屬的行照、駕照。 4. <input type="checkbox"/>戶口名簿(身障者本人擁有行照、駕照者，免附)。 5. <input type="checkbox"/>換補發身障專用停車位識別證，需檢附舊證，若遺失需檢附相關證明(遺失切結書)。
------	---

鄉鎮市公所 審查欄	承辦人員	社會課長	鄉鎮市長
--------------	------	------	------

非身障者本人需另填委託書

102.07.01 起實施

委 託 書 (代辦人填寫)

本人_____係屏東縣身心障礙者，因故不克親自前去貴單位申辦「身心障礙者專用停車位識別證」，特委請_____先生/小姐，代為辦理。

委託人 (身心障礙者)

姓名：_____

蓋章：_____

身分證字號：_____

電話：_____

地址： 屏東縣 鄉鎮市 里(村)

路(街) 段 巷 弄 號 樓之

受託人 (代辦人)

姓名：_____

蓋章：_____

身分證字號：_____

電話：_____ 同(身障者)

地址： 同(身障者)

縣(市) 鄉鎮市 里(村)

路(街) 段 巷 弄 號 樓之

中 華 民 國 年 月 日