

様式第 4（第 1 条の 2 関係）

除外標章交付申請書		申請書を提出する日
		○年 ○月 ○日
愛知県 公安委員会 殿		
住 所（所在地）	申請者の所在地 ※ 医師等の申請は病院の所在地となります。	
ふ り が な		
氏 名（名称）	申請者の名称及び代表者の氏名 ※ 医師等の申請は院長又は理事長	
電 話 番 号 そ の 他 の 連 絡 先	必ず連絡が取れる電話番号 ※ 使用者の連絡先等	
標 章 の 名 称	「通行禁止」、「駐車禁止等」と記載して下さい。 ※ 合わせての記載もできます。	
番 号 標 に 表 示 さ れ て い る 番 号	名古屋○○○か・○○○（自動車検査証等に記載されたとおり）	
除 外 を 受 け よ う と す る 期 間	3 年間（必要とする期間で最長 3 年間となります。）	
除 外 を 受 け よ う と す る 区 間	愛知県内一円（用務に応じた必要最小限の区間を指定）	
除 外 を 受 け よ う と す る 理 由	☒ 以下の公安委員会が定める業務に使用する 緊急用務のため「消防業務、応急作業（電気）」 緊急往診及び手当、緊急往診（歯科） 児童の安全確保、保健所業務（感染症） 狂犬病予防業務（犬の捕獲）、緊急取材（報道） 患者輸送、車いす移動 強制執行等等 ※ 理由となる業務を記入してください。 ☐ 以下の公安委員会が定める障害を持つ者が乗車する	
備 考		