

様式第12号 (第9条関係)

申請日                      年    月    日						
定期駐車料金減額申請書						
駐車場管理者    あて						
定期駐車料金の減額を受けたいので、次のとおり申請します。						
申 請 者	住 所	つくば市				
	氏 名		電 話			
駐 車 場 名	つくば市		駐車場			
減額申請の理由	<input type="checkbox"/> 1 身体障害者手帳の交付を受けている <input type="checkbox"/> 2 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている <input type="checkbox"/> 3 療育手帳の交付を受けている					
減 額 の 期 間	年    月    日から    年    月    日まで(    箇月)					
駐 車 料 金						
減 額 申 請 額						
※ 管 理 者 記 入 欄	確認の方法	<input type="checkbox"/> つくば市に住所を有する <input type="checkbox"/> 申請者と手帳所有者は同一 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳の提示 <input type="checkbox"/> 療育手帳の提示		備考		
	減額決定額					円
	決定年月日	年    月    日				
	パスカード	第                      号				
上記のとおり減額してよろしいか伺います。						
決 裁 欄	決裁権者	審 議		起案年月日	年    月    日	
				起案者職氏名	印	

(注) 1 太枠内に必要事項を記入してください。

2 □の欄は、該当するものにレ印を記入してください。