

洽辦電話及寄送地址：

台南縣政府社會處：台南縣新營市府西路 36 號，聯絡電話：06-6371299、06-6322231 轉 566 5

台南縣政府身心障礙者專用停車位識別證申請書 申請日期： 年 月 日			
身心障礙者 姓名	本人簽章	身分證 統一編號	
代理申請人 (如為本人則免填)	申請人簽章	與身心障 礙者關係	如為本人則免填
連絡電話		通訊地址 (識別證寄送地)	
申請性質 (請勾選填寫)	<input type="checkbox"/> 汽車：牌照號碼 _____ <input type="checkbox"/> 機車：牌照號碼 _____		
檢附文件 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 身心障礙者手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 駕駛執照影本(機車駕照須註明特製車) <input type="checkbox"/> 汽車或機車行車執照影本(機車行照須註明特製車) <input type="checkbox"/> 全戶戶口名簿影本(申請者為身心障礙者同址不能分戶號之家屬，應檢附) <input type="checkbox"/> 委託書(受委託申請者，應檢附)		
審核結果 (本欄由縣府人員勾選填寫)	<input type="checkbox"/> 符合【識別證編號： _____ - _____】 <input type="checkbox"/> 不符合		
承辦人員	副處長	副縣長	
科 長	處 長	縣 長	

委 託 書

委託人因個人因素茲請受委託人_____代為申請身心
障礙者專用停車位識別證，恐空口無憑，特立此書為證。

此 致

台南縣政府

委 託 人：_____ 簽章

受委託人：_____ 簽章

住址：_____

電話：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日