|  |
| --- |
| 駐車料金免除申請書令和　　年　　月　　日西東京市長　あて申請者住　所　　西東京市　　　　　　　　 氏　名　　西東京　太郎 連絡先（電話番号）042-000-0000　　  |
|  | 車種名 | （メーカー・　車名称　） |  |
| 自動車登録番号・車両番号 | （ナンバープレートの内容）　多摩　〇〇〇　▲　〇〇〇〇 |
| 駐車予定時間 | 令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分から令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分まで　　30分・1時間・1時間30分・２時間　　　（該当時間を〇で囲んでください）　 |
| 申請理由 |  | 西東京市駐車場条例第９条の規定により、アスタ |  |
| 市営駐車場の駐車場使用料の免除を申請します。 |
|  |
| 確認書類　 |
| 身体障害者手帳・愛の手帳・精神障害者手帳 |
| 　　　　　（該当する手帳を〇で囲んでください） |
| 　　　　　　 |
| 　確認者　　　　　　（駐車場担当者が記載します） |
| 　　　　　　　　　　 |
|  |