

※ 申請者欄記入方法
○ 押印の必要はありません。
○ パソコン・ゴム印による印字や、本人以外の代筆も可能です。

様式第1号（第2関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

<h3>確認申請書</h3>		年 月 日
○○ 警察署長 殿		
申請者 住所 ○○○○		
氏名 ○○○○ ※		
<p>道路交通法施行規則（昭和35年総理府令第60号）第1条の5第2項の規定に基づき、同項の確認を申請します。</p>		
確認を受けようとする身体障害者用の車の利用者	住 所	○○○○
	氏 名	○○○○
利用者以外の者が申請する場合	（利用者との続柄） 家族であれば続柄を記載 販売業者の方は、所在地、名称等	
理 由	日常生活に支障をきたす理由を記載してください。 △△により規定を超える身体障害者用の車でなければ日常生活に支障がある。 医療機器を積載するための装置が必要 等	
確認を受けようとする身体障害者用の車	車 の 名 称	○ 取扱説明書等を確認して記載してください。 ○ 車体の大きさは、医療機器等を積載した状態の大きさを記載してください。
	型 式	
	製 品 番 号	
	車 の 大 き さ	長さ ○○○ センチメートル 幅 ○○○ センチメートル 高さ ○○○ センチメートル