

※太枠部分のみご記入ください

<h2 style="margin: 0;">山形県身体障がい者等用駐車施設利用証 交付申請書</h2>	
年 月 日	
山形県知事 殿	郵便番号 住 所 氏 名 電話番号
申請者	郵便番号 住 所 氏 名 電話番号
代理申請者	郵便番号 住 所 氏 名 (続柄 ) 電話番号
使用区分・ 障がいの状 況等	該当する項目の□にレを入れて必要事項を記入してください。 <input type="checkbox"/> 身体障がい者 (手帳番号 _____ ) 視覚障害 _____ 級 平衡機能障害 _____ 級 心臓・腎臓等障害 _____ 級 肢体不自由 上肢 _____ 級    下肢 _____ 級    体幹 _____ 級 脳原 (上肢 _____ 級    移動 _____ 級) <input type="checkbox"/> 高齢者 (要介護認定を受けた方)    要介護度 _____ (被保険者証番号 _____ ) <input type="checkbox"/> 知的障がい者    障害の程度 _____ (手帳番号 _____ ) <input type="checkbox"/> 難病患者    病名: _____ (受給者番号 _____ ) <input type="checkbox"/> けが又は病気の方 (・車椅子 <input type="checkbox"/> ・杖 <input type="checkbox"/> ) 使用期間            年    月    日まで <input type="checkbox"/> 妊産婦 (手帳番号 _____ ) 分娩予定日        年    月    日 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
備 考	_____

注 添付書類

- |          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 身体障がい者   | 身体障害者手帳の写し                       |
| けが又は病気の方 | 身分証明書 (本人確認書類)、診断書の写し            |
| 妊産婦      | 母子手帳の写し (表紙、分娩予定日が記載された箇所)       |
| 高齢者      | 介護保険被保険者証の写し                     |
| 難病患者     | 特定医療費 (指定難病) 受給者証又は特定疾患医療受給者証の写し |
| 知的障がい者   | 療育手帳の写し                          |

※ ご本人以外が窓口に来られる場合は、運転免許証等をご持参ください。  
 ※ お預かりした個人情報、山形県身体障がい者等用駐車施設利用証の交付要件の確認のために、必要な範囲で第三者に提供することがあります。

交付番号		有効期間	年 月 日～	年 月
------	--	------	--------	-----