

※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 再交付申請書</h2>		
山形県知事 殿		年 月 日
	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 (該当する項目の□に レを入れてください)	身体障がい者 <input type="checkbox"/> けが又は病気の方 <input type="checkbox"/> 妊 産 婦 <input type="checkbox"/> 高 齢 者 <input type="checkbox"/> 難 病 患 者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> そ の 他 <input type="checkbox"/>	
利用証の交付番号	No./	
期 間	年 月 日 ～ 年 月	
再交付申請の理由 (紛失又は汚損の状況 を記載してください)		

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。
- ※ 紛失以外による再交付の場合は、お使いの利用証をご返却ください。
- ※ 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。

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