

山形県身体障がい者等用駐車施設利用証 交付申請書

令和 年 月 日

山形県知事 殿

申請者
(利用者本人)

住所 〒

氏名

電話番号

住所 〒

代理申請者

氏名 (続柄)

電話番号

該当する対象者区分の□にレ、等級に○をつけて、必要事項を記入してください。

身体障がい者 (手帳番号 _____)

・視覚障がい	1級 2級 3級 4級
・平衡機能障がい	1級 2級 3級 4級 5級
・肢体不自由 上肢	1級 2級
下肢	1級 2級 3級 4級 5級 6級
体幹	1級 2級 3級 4級 5級
脳原 上肢機能	1級 2級
移動機能	1級 2級 3級 4級 5級 6級
・心臓、腎臓、呼吸器、膀胱または直腸、 小腸、肝臓の機能障がい (該当に○をつける)	1級 2級 3級 4級
・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい	1級 2級 3級 4級

要介護認定を受けた者 (被保険者証番号 _____) 要介護 1 2 3 4 5

知的障がい者 (手帳番号 _____) 障害の程度 A

難病患者 (受給者番号 _____) 病名: _____

精神障がい者 (手帳番号 _____) 障害等級 1級

けが又は病気の方* 車椅子 杖 使用期間 令和 年 月 日まで

妊産婦* (手帳番号 _____) 分娩予定日 令和 年 月 日

備考 *印の対象者の方はメールアドレスを記載してください。 _____ @ _____
有効期限の終了後、返却のお知らせをさせていただきます。

- 注 添付書類 身体障がい者 身体障害者手帳の写し
 要介護認定を受けた者 介護保険被保険者証の写し
 知的障がい者 療育手帳の写し
 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
 精神障がい者 精神障害者保健福祉手帳の写し
 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
 ※小児慢性特定疾病医療費受給者の場合は受給者証の写し
 妊産婦 母子健康手帳の写し(表紙・分娩予定日が記載された箇所)

※ 利用者本人以外の方が代理で窓口に来られる場合は、代理の方の身分証明書をご持参ください。
 ※ お預かりした個人情報は、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
------	--	------	-------------