

※太枠部分のみご記入ください

山形県身体障がい者等用駐車施設利用証 再交付申請書	
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 _____
代理申請者	住 所 〒 _____ 氏 名 (続柄) _____ 電話番号 _____
対象者区分 (該当する項目の□に ✓を入れてください)	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けた者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> けが又は病気の方* <input type="checkbox"/> 妊産婦*
利用証の交付番号	No./
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)	
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。
- ※ 紛失以外による再交付の場合は、現在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
-------	--	------	--------	-----