様式第１号（第５条関係）

山形県身体障がい者等用駐車施設利用証　交付申請書

年　　月　　日

山　形　県　知　事　　殿

住　　所
申請者　氏　　名
電話番号

使用区分・ 障がいの状況等	該当する項目の□に✓を入れて必要事項を記入してください。 ○身体障がい者　□ 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） ○高齢者　□　要介護度　　 ○知的障がい者　□　障害の程度　　 ○難病患者　□　病名： ○けが人　□　（・車椅子　□　・杖　□　） 使用期間　　年　　月　　日まで ○妊産婦　□ 出産（予定）日　　年　　月　　日 ○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
けが人	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
高齢者	介護保険被保険者証の写し
難病患者	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は、山形県身体障がい者等用駐車施設利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

交付番号		有効期間	年　月　日～　年　月