様式第１号（第５条関係）

※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　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 |  |

 |
| 該当する対象者区分の□にㇾ、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 |