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) | 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 |  | | | | | | |
| 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 | |  | | | |
| 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 |