

身体障がい者等用駐車施設利用証制度

この制度は、公共施設やスーパーなどに設置されている障がい者等のための駐車スペースを適正にご利用いただくため、歩行が困難であるなど、移動に配慮が必要な方を対象に、利用証を交付するものです。裏面の申請書と添付書類で申請いただけます。

ゆずりあいと思いやりの気持ちを大切に、皆さんが安心して快適に暮らしていける社会づくりにご協力をお願いします。

利用証



障がい者等用



妊産婦、 けが又は病気等用



- 18歳以下の方も申請いただけます。
- 利用証を車に掲示して駐車します。
- 対象の方が運転又は同乗されている場合に利用できます。
- 同制度を実施している他県でも、この利用証をお使いいただけます。(近隣では、岩手県、宮城県、秋田県、福島県、新潟県、茨城県、群馬県及び栃木県など)

駐車施設案内表示



交付窓口

* 郵送による申請も可能です。

- 県庁** 地域福祉推進課 023-630-2268
〒990-8570 山形市松波 2-8-1
- 村山保健所** 地域健康福祉課 023-627-1143
〒990-0031 山形市十日町 1-6-6
※山形市鉄砲町の村山総合支庁では交付しておりません
- 最上総合支庁** 地域健康福祉課 0233-29-1277
〒996-0002 新庄市金沢字大道上 2034
- 置賜総合支庁** 地域保健福祉課 0238-26-6031
〒992-0012 米沢市金池 7-1-50
- 庄内総合支庁** 地域保健福祉課 0235-66-2174
〒997-1392 東田川郡三川町横山字袖東 19-1

問い合わせ先

〒990-8570 山形市松波 2-8-1 山形県健康福祉部地域福祉推進課
地域福祉担当 ☎ 023-630-2268

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

	郵便番号
申請者 (利用者本人)	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□にレ、等級に○をつけて、必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 知的障がい者 (手帳番号 _____)	障害の程度 A
<input type="checkbox"/> 難病患者 (受給者番号 _____)	病名: _____
<input type="checkbox"/> 精神障がい者 (手帳番号 _____)	障害等級 1 級
<input type="checkbox"/> けが又は病気の方 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖	使用期間 令和 年 月 日まで
<input type="checkbox"/> 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、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
------	--	------	--------	-----