

来所	市町村	郵送

交付番号	
有効期限	年 月

おもいやり駐車場利用証 交付申請書

年 月 日

福島県知事

申請者本人
(歩行困難である方)

郵便番号			
住所			
氏名	氏		名
電話番号			

代理人

住所			
氏名	氏		名
電話番号			

(以下の該当する区分の□に✓(チェック)を入れて必要事項を記入してください)

使用区分	障がい等の状況
<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 視覚障がい _____級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい _____級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 _____級 下肢 _____級 体幹 _____級 <input type="checkbox"/> 脳病変 上肢機能 _____級 移動機能 _____級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓他内部機能の障がい _____級
<input type="checkbox"/> 知的障がい者	A
<input type="checkbox"/> 精神障がい者	1級
<input type="checkbox"/> 難病患者等	指定難病医療費受給者等
<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護
<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産(分娩予定)日 : _____年 _____月 _____日
<input type="checkbox"/> けが又は病気の者	症状、疾患 _____ 必要とする期間 : _____ヶ月間

- (添付書類) 身体障がい者：身体障害者手帳(写) 知的障がい者：療育手帳(写)
精神障がい者：精神障害者保健福祉手帳(写) 難病患者：指定難病医療費受給者証(写)、
 特定疾患医療受給者証(写)、小児慢性特定疾病医療受給者証(写)のいずれか
要支援高齢者等：介護保険被保険者証(写)等 妊産婦：身分証明書と母子健康手帳(写)
けが又は病気の者：身分証明書と医師の診断(歩行困難である状況及びその期間)を記載した書面(写)

(注意事項)

- 区分毎に該当する等級等(交付基準)がありますので、事前に必ずご確認ください。
- 代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書(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、おもいやり駐車場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。

※利用証の送付先が住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

郵便番号	
送付先	