

島根県身体障がい者等用駐車場利用証交付申請書

島 根 県 知 事 様		年 月 日
申請者		住所・氏名・電話番号は手帳等の 名義人を記入。
		住所 氏 名 電話番号

使用区分・ 障がいの状況等	●身体障がい者 視覚障がい ☐ 1 級、☐ 2 級、☐ 3 級、☐ 4 級 聴覚障がい ☐ 2 級、☐ 3 級 平衡機能障がい ☐ 3 級 ☐ 5 級 上肢不自由 ☐ 1 級、☐ 2 級 下肢不自由 ☐ (1 級～6 級) 体幹不自由 ☐ 1 級、☐ 2 級、☐ 3 級、☐ 5 級 乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害 上肢機能障がい ☐ 1 級、☐ 2 級 移動機能障がい ☐ (1 級～6 級) 心臓機能障がい、腎臓機能障がい、呼吸機能障がい、 膀胱・直腸機能障がい、小腸機能障がい ☐ 1 級、☐ 3 級、☐ 4 級 免疫機能障がい、肝臓機能障がい ☐ 1 級、☐ 2 級、☐ 3 級、☐ 4 級 ●知的障がい者 ☐ A ●精神障がい者 ☐ 1 級 ●高齢者 ☐ 要支援度 ____、☐ 要介護度 ____ ●難病患者 ☐ ●けが人等歩行困難である方 ☐ (・車椅子 ☐ ・杖 ☐) ●妊産婦 ☐
------------------	---

※備考（以下を確認して該当の場所に☑、必要事項記載）

☐ 無期 <u>身体・知的・精神障がい者</u> ☐ 障がい者手帳の氏名、障がい名と等級、住所 <u>高齢者</u> ☐ 介護保険被保険者証の氏名、住所、要介護状態区分等の認定の有効期間 <u>難病患者</u> ☐ 特定医療費（指定難病）受給者証、特定医療費（指定難病）受給者（兼登録者）証、 特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証

☐ 有期 年 月まで（交付番号： ）

様式第1号（第6条関係）
（裏面）

注意事項

- 1 申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示（郵送の場合は写しを添付）してください。

○身体障がい者 身体障害者手帳の氏名、障がい名と等級、住所が確認できる部分の写し

○知的障がい者 療育手帳の氏名、障がい名と等級、住所が確認できる部分の写し

○精神障がい者 精神障害者保健福祉手帳の氏名、障がい名と等級、住所が確認できる部分の写し

○高齢者 介護保険被保険者証の氏名、住所、要介護状態区分等の認定の有効期間が確認できる部分の写し

○難病患者 特定医療費（指定難病）受給者証、特定医療費（指定難病）受給者（兼登録者）証、特定疾患医療受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証の写し

○けが人等歩行困難な方 医師の診断書等

○妊産婦 母子手帳の住所・氏名、分娩予定日記載ページの写し

- 2 ご本人以外の方が窓口申請される場合は、代理人の方の身分証明書をご持参下さい。

※ お預かりした個人情報は、島根県身体障がい者等用等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。