

(様式第3号：第3関係)

信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）交付申請書

平成 年 月 日

〒

住 所

申請者氏名

電話番号

私は、下記の事由に該当するため、障がい者等用駐車場利用証を交付してください。

<b>●申請区分（申請の種類に✓を記入してください。）</b>						
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 再交付（必ず3も記入）						
<b>1 車いすの使用状況（該当する□に✓を記入してください。）</b>						
<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> していない						
<b>2 障がい等の状況（該当する区分の□に✓を記入し、必要箇所に級数等を記入）※裏面参照</b>						
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"/> 聴覚障がい ____級 <input type="checkbox"/> ろうあ ____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 脳原性 上肢機能 ____級 移動機能 ____級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障がい ____級					
<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2					
<input type="checkbox"/> 精神障がい者	<input type="checkbox"/> 1級					
<input type="checkbox"/> 発達障がい者	<input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。） [ ]					
<input type="checkbox"/> 難病患者	<input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 長野県特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害等医療受給者					
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要介護（1 2 3 4 5）					
<input type="checkbox"/> 妊産婦	<input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日（平成 年 月 日）					
<input type="checkbox"/> その他 （けが・病気等）	<input type="checkbox"/> 傷病名 _____ <input type="checkbox"/> 必要とする期間（平成 年 月 日まで） <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。） [ ]					
<b>3 再交付申請の理由（該当する□に✓を記入）</b>						
<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚れ・破損等 <input type="checkbox"/> その他[理由 ]						
事務局 使用欄	交付 No.		有効 期限		利用 証	様式第1号(青) 様式第2号(緑)

※申請時の留意事項

1 申請書と併せて、以下の確認書類を提示してください。

身体障がい者	身体障害者手帳 (住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるページ)
知的障がい者	療育手帳 (住所、氏名、障害の程度の記載があるページ)
精神障がい者	精神障害者保健福祉手帳 (住所、氏名、障害等級の記載があるページ)
発達障がい者	医療機関、療育機関等からの証明書
難病患者	特定医療費（指定難病）受給者証 特定疾患医療受給者証 長野県特定疾病医療受給者証 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証 (住所、氏名、病名の記載があるページ)
高齢者	介護保険被保険者証 (住所、氏名、要介護状態区分の記載があるページ)
妊産婦	母子健康手帳 (住所、氏名、出生年月日（または分娩予定日）の記載があるページ)
その他けが人または病気等	医師の診断を記載した書面等の必要書類 (歩行困難な旨明記されたもの)

2 郵送による申請の場合

確認書類の写し1部と、返信用切手（140円）を同封してください。

3 その他（利用証の再交付申請をする場合）

紛失した場合を除き、使用していた利用証は返却してください。

（代理人が窓口で申請される場合は、上記の添付書類に加えて、代理人の方の本人確認書類（運転免許証、保険証等）を持参下さい。また、下記の代理人申請欄への記載が必要です。）

【代理人申請欄】 ※申請者の承認を得ていることが必要です。

代理人氏名	
代理人住所 連絡先	〒  TEL :
申請者との続柄	

※記載された個人情報、本駐車場利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用します。