

(様式第1号：第5条・第8条関係)

富山県ゆずりあいパーキング利用証 (障害者等用駐車場) ( 交付 )  
( 再交付 ) 申請書

富山県知事 殿

年 月 日

〒

住 所

申請者氏名

電話番号

FAX 番号(必要な場合のみ)

私は、下記の事由に該当するため、利用証の交付を申請します。

<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 車椅子の使用状況 (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 障害等の状況 (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	障害等の状況					
<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <u>  </u> 上肢 ____ 級 <u>  </u> 下肢 ____ 級 <u>  </u> 体幹 ____ 級 <span style="margin-left: 100px;">脳原性 <u>  </u> 上肢機能 ____ 級 <u>  </u> 移動機能 ____ 級</span> <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障害 ____ 級					
<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> A					
<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級					
<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"/> 小児慢性特定疾病医療受給者					
<input type="checkbox"/> 高齢者等 (40~64歳の要介護認定者を含む)	<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 (      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 (      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 _____ ]						
<b>事務局 使用欄</b>	交付		有効		利用	車椅子使用者用
	No.		期限		証	車椅子使用者以外用

※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。

身体障害者	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)
知的障害者	療育手帳 (住所、氏名、障害の程度の記載があるページ)
精神障害者	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)
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 小児慢性特定疾病医療受給者証 (住所、氏名、病名の記載があるページ)
高齢者等 (40~64歳の要介護認定者を含む)	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	
事務局使用欄	【確認書類】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※記載された個人情報、本利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用します。