

思いやり駐車区画利用証交付申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

申請者 郵便番号 —
 住 所
 氏^ふり^がな^な
 電話番号 — —

代理人 郵便番号 —
 住 所
 氏^ふり^がな^な (申請者との続柄)
 電話番号 — —

障害等の状況 該当する□にチェック記号「✓」を記入してください。
 【 】内に記載した書類を申請する際に提示してください。

□身体障害のある人【身体障害者手帳】

- 視覚障害 □1級 □2級 □3級 □4級
- 聴覚障害 □2級 □3級
- 平衡機能障害 □3級 □5級
- 肢体不自由（上肢） □1級 □2級
- 肢体不自由（下肢） □1級 □2級 □3級 □4級 □5級 □6級
- 肢体不自由（体幹） □1級 □2級 □3級 □5級
- 運動機能障害（上肢） □1級 □2級
- 運動機能障害（移動） □1級 □2級 □3級 □4級 □5級 □6級
- 内部障害 □心臓 □じん臓 □呼吸器 □ぼうこう又は直腸 □小腸
 □免疫 □肝臓
 □1級 □2級 □3級 □4級

□知的障害のある人【療育手帳】 □A

□精神障害のある人【精神障害者保健福祉手帳】 □1級

- 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費受給者証】
 □【知事が指定難病にかかっていることを証明する通知書】

□高齢者【介護保険被保険者証】 要介護度 □1 □2 □3 □4 □5

□妊産婦 □【母子健康手帳】 出産（予定）日： _____年_____月_____日
 □多胎児の場合は子的人数分

□発達障害のある人 □【医師の意見書】

歩行困難な期間（移動に介助者の特別な注意が必要と認められる期間）
 : _____

□けが人 □【医師の意見書】

歩行困難な期間： _____

※交付年月日	令和 年 月 日	※確認欄		※交付番号	
※（有効期間）	（令和 年 月）				

※印の欄は、記入不要です。

(裏)

～ 注 意 事 項 ～

- 代理の方が窓口申請する場合は、身分証明書（運転免許証、健康保険証等）をお持ちください。

- 申請者の確認のため、確認書類を提示してください。（郵送等による申請の場合は、確認書類の写しも送付してください。）

<送付先・お問い合わせ先>

山梨県 福祉保健部 障害福祉課

〒 400-8501 甲府市丸の内 1 - 6 - 1

電話 055-223-1460

FAX 055-223-1464

E-mail shogai-fks@pref.yamanashi.lg.jp

- 利用証は、対象となる方が駐車場を利用する場合（同乗している場合を含む。）に限り利用できます。

- ※ お預かりした個人情報は、山梨県思いやり駐車区画利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用し、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。