

いしかわ支え合い駐車場利用証 ⎵ 申請書

交付
再交付

石 川 県 知 事 殿 平成 年 月 日

申請者 郵便番号 —
住 所
ふ り が な
氏 名
電話番号 — —

代理人 郵便番号 —
住 所
ふ り が な
氏 名
申請者との続柄 ()
電話番号 — —

I 障害等の状況

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

(該当する項目が複数ある場合は、主な項目に一つチェックして下さい。)

□身体に障害のある人【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 □1級 □2級 □3級 □4級

□知的障害のある人【療育手帳】 □A

□精神に障害のある人【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】 □【小児慢性特定医療費医療受給者証】

□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

□けが人等 □【医師の証明書】

歩行困難な期間（利用証が必要となる期間）： 年 月 日

□移動の際には常時車いす等を使用する人

□紛失、汚損等により再交付を申請する人

(以下記載不要)

利用証番号	—	号
-------	---	---

Ⅱ 同意事項

私は、「いしかわ支え合い駐車場制度」について、次のことに同意し、利用証を申請します。(各項目を理解し、同意された方は、□にチェック記号「✓」を記入して下さい。)

- ☐ 1 私は、本制度が車いす使用者用駐車区画等の利用の保証を行う制度でないことを理解し、「いしかわ支え合い駐車場」が満車の場合は、利用証を持っていても駐車できないことを理解します。
- ☐ 2 介助者が同乗しているときや、体調が良いときなど、歩行や乗り降りに支障がないときは、車いす使用者など、より歩行が困難な方のために、一般の駐車場に駐車します。
- ☐ 3 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- ☐ 4 有効期間の満了や、障害程度の軽減や要介護度の見直し等により歩行が困難でなくなったときは、利用証の利用をやめ、返却します。
- ☐ 5 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。

Ⅲ 郵送にて申請される方へ

- ◆ 申請の際には、確認のため、それぞれ以下の書類を添付して下さい。

 - 身体障害者・・・身体障害者手帳（写し）
 - 高齢者・・・介護保険被保険者証（写し）
 - 難病患者・・・特定医療費（指定難病）受給者証（写し）、小児慢性特定医療費医療受給者証（写し）
 - 知的障害者・・・療育手帳（写し）
 - 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳（写し）
 - 妊産婦・・・母子健康手帳（写し）
 - その他けが人、病気等・・・医師の診断を記載した書面（原本）
 - 代理の方は、運転免許証、健康被保険者証など身分証明証（写し）
 - 利用証の送付のため140円分の切手を同封して下さい。

※ お預かりした個人情報、いしかわ支え合い駐車場の利用証の交付に必要な事務のみに使用し、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。