

長崎県おもいやり駐車場利用証交付申出書

長崎県おもいやり駐車場利用証の交付を申出ます。

年

月

日

〒

—

申 出 者

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

()

—

代理人の方が申出もしくは代筆される場合は、代理人の方の身分証明書を添付してください。

〒

—

代 理 人

住 所

(来所者・代筆者)

(ふりがな)

いずれかに○をつ

氏 名

(続柄)

けてください。

電話番号

()

—

○ 申出者の状況で、該当する□に✓を記入し、身体障害者については等級を記入し、知的障害者、要介護者については、それぞれ該当の等級に○をつけてください。
けが人・病人等については車椅子・杖等の該当□にレを記入して、診断書に書かれて
いる使用期間を、妊産婦については出産(予定)日を記入して下さい。

□身体障害者

視覚障害	4級以上	()級	聴覚障害	3級以上	()級
平衡機能障害	5級以上	()級	肢体不自由・上肢	2級以上	()級
肢体不自由・下肢	6級以上	()級	肢体不自由・体幹	5級以上	()級
脳病変・上肢機能	2級以上	()級	脳病変・移動機能	6級以上	()級
□心臓 □じん臓 □呼吸器 □ぼうこう又は直腸					
□小腸 □免疫 □肝臓 機能障害					4級以上 ()級
該当する□に✓を記入してください					

□知的障害者 障害の程度 (A1 A2)

□精神障害者 障害の程度 Ⅰ級

□要 介 護 者 要介護 (Ⅰ 2 3 4 5)

□難病患者 □小児慢性特定疾病患者

□けが人 □病人等 □車椅子 □杖 (使用期間 年 月 日 まで)

□妊 産 婦 (出産(予定)日 年 月 日)

※交付機関記入欄

窓 口 確 認 欄	□ 手帳等又は利用証の確認		手帳等番号				
利 用 証 番 号		有 効 期 間	年 月 ～ 年 月				
受 付 者 名		確 認 者 名		郵送日		台帳記載	□