

## 鳥取県ハートフル駐車場利用証 交付申請書

私は、歩行や車の乗降が困難なため、鳥取県ハートフル駐車場利用証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

申請者 (ふりがな)

(歩行困難な方) 氏 名

電話番号

**障がい等の  
状況  
(記載必須)**  
  
**※該当する  
ものにチェ  
ック**

身体障害者	
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
肢体不自由	上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	下肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
	体幹 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
脳原性運動機能障害	上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	移動 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
ぼうこう又は直腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
小腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
知的障害者	<input type="checkbox"/> A（交付を受けることができるのは障害程度欄がAの場合に限る）
精神障害者	<input type="checkbox"/> 1級（交付を受けることができるのは障害区分欄が1級の場合に限る）
発達障害者等	<input type="checkbox"/> 歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者
高齢者	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
難病患者	<input type="checkbox"/> 病名（ ） ※特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証のいずれかで確認
けが人	（ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 ） 使用期間 年 月 日まで
妊産婦等 ※妊娠7ヶ月（24週） 以降から申請可能	<input type="checkbox"/> 妊娠7か月（24週）から産後1年半までの者 出産（予定）日 年 月 日 ※産後については、1歳6か月未満の子どもを同伴する場合に限る
	<input type="checkbox"/> 1歳6か月未満の子どもを同伴する者
その他	<input type="checkbox"/> 医師の診断等により歩行困難と認める者

**申請の際には、書類の提示が必要となります。また、裏面の注意事項を必ずご確認ください。**

（以下記載不要）

書類 確認 欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	交付番号	担当
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証		
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 医師の確認書	有効期限	年 月
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

(裏面)

## ～ 注 意 事 項 ～

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示（郵送の場合は写しを添付）してください。

- 身体障害者・・・身体障害者手帳
- 知的障害者・・・療育手帳
- 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳
- 発達障害者等・・・医療機関、療育機関等からの証明書
- 高齢者・・・介護保険被保険者証
- 難病患者・・・特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証
- 妊産婦等・・・母子健康手帳
- けが人・・・医師の診断書、医師の意見書、医師の確認書

2 御本人以外の方が窓口申請される場合は、上記1の書類に加えて、代理の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）をご持参ください。併せて、下記連絡先に記載が必要となります。

### 【連絡先】

代理人氏名	
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 〔 〕
代理人電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同電話番号 ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 〔 〕

※ 記載された個人情報は、鳥取県ハートフル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、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。