

鳥取県ハートフル駐車場利用証 交 付 申 請 書

年 月 日

住 所

申請者 (ふりがな)

氏 名

電話番号

**障がい等の状況
(記載必須)**

該当する項目の口にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

身体障害者

視覚障害 _____級 平衡機能障害 _____級

肢体不自由 上肢_____級 下肢_____級 体幹_____級

脳原性運動機能障害 (上肢_____級 移動_____級)

心臓障害_____級 じん臓障害_____級 呼吸器障害_____級

ぼうこう又は直腸障害_____級 小腸障害_____級

免疫障害_____級 肝臓障害_____級

知的障害者 障害の程度 _____

精神障害者 障害の程度 _____

発達障害者等 (_____)

高 齢 者 要支援_____ 要介護_____

難 病 患 者 病名: _____

け が 人 (車椅子 杖)

使用期間 年 月 日まで

妊 産 婦 等 出産(予定)日 年 月 日

そ の 他 (_____)

**歩行困難の状況
(記載必須)**

該当する項目の口にチェックを入れてください。

歩行の際に介助や特別な器具などが必要である。

下肢にふるえ、すくみが起こる。

内部疾患により、めまい、息切れなどが起こる。

行動障がいがある。

妊娠7ヶ月から産後1年半の間にある。又は1歳6ヶ月未満の子どもを同伴する。

その他 (_____)

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 <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 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	交付番号		担当
		有効期限	年 月	

～ 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
- 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、代理人の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）をご持参ください。併せて、下記の代理人連絡票に記載が必要となります。

【代理人連絡票】※本人の承諾を得ていることが必要です。

代理人氏名	
代理人住所	
代理人電話番号	
本人の承諾	<input type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※チェックをいれてください。

※ 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。