（別記様式第１号）

思いやり駐車場利用証交付申出書

年　　月　　日

下記の障害等の状況に基づき、利用証の交付申出をします。

申出者　氏　　名
住　　所
生年月日
電話番号
（代理人）氏　　名　　（続柄　　）
住　　所
電話番号

障害等の状況	該当する等級に○を付けてください。 **□身体障害者** ・視覚障害（１級・２級・３級・４級） ・平衡機能障害（３級・５級） ・肢体不自由　上肢（１級・２級） 下肢（１級・２級・３級・４級・５級・６級） 体幹（１級・２級・３級・５級） 脳病変・上肢（１級・２級） 脳病変・移動（１級・２級・３級・４級・５級・６級） ・心臓、腎臓、呼吸器、膀胱, 直腸、小腸機能障害（１級・３級・４級） ・免疫機能障害（１級・２級・３級・４級） ・肝臓機能障害（１級・２級・３級・４級） **□知的障害者**（A） **□精神障害者**（１級） **□高　齢　者**　要介護度（１・２・３・４・５） **□難 病 患 者**　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿ **□妊　産　婦**　出産（予定）日：　　年　　月　　日
備　　考	

（確認書類）
・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
・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…母子手帳

※代理人による申出の場合は、代理人の身分を証明するものを添付してください。

※お預かりした個人情報は、思いやり駐車場利用証の交付等に必要な事項を審査するためのみに使用し、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。

手帳等 NO.	交付日	（有効期限）
※	※	※

※印欄は、何も記載しないこと。