

信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）交付申請書

令和 年 月 日

〒

住 所

申請者氏名

電話番号

私は、下記の事由に該当するため、障がい者等用駐車場利用証を交付してください。

| <p>●申請区分（申請の種類に✓を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 新規      <input type="checkbox"/> 更新      <input type="checkbox"/> 再交付（必ず3も記入）</p>   |  |  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----|---------|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|--|------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|---|--|--|--|--|---------------------------------|--|-----------------------------|--|--|--|--|---------------------------------|--|---|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|---|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| <p>1 車いすの使用状況（該当する□に✓を記入してください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 使用している      <input type="checkbox"/> していない</p>   |  |  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p>2 障がい等の状況（該当する区分の□に✓を記入し、必要箇所に級数等を記入）※裏面参照</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th colspan="6">障がい等の状況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4"><input type="checkbox"/> 身体障がい者</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 視覚障がい    ___級</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 聴覚障がい    ___級</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ろうあ          ___級</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 平衡機能障がい    ___級</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 肢体不自由</td> <td><input type="checkbox"/> 上肢 ___級</td> <td><input type="checkbox"/> 下肢 ___級</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 体幹 ___級</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 脳原性</td> <td><input type="checkbox"/> 上肢機能 ___級</td> <td><input type="checkbox"/> 移動機能 ___級</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 知的障がい者</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> A 1    <input type="checkbox"/> A 2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 精神障がい者</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 1級</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 発達障がい者</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br/>           [ _____ ]         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 難病患者</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者    <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者<br/> <input type="checkbox"/> 長野県特定疾病医療受給者    <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害等医療受給者         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 高齢者</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 要介護（ 1   2   3   4   5 ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 妊産婦</td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日（令和 年 月 日）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> その他<br/>(けが・病気等)</td> <td colspan="5"> <input type="checkbox"/> 傷病名 _____<br/><br/> <input type="checkbox"/> 必要とする期間（令和 年 月 日まで）<br/> <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br/>           [ _____ ]         </td> </tr> </tbody> </table> |  |  |  |                                  |                                    |                                    | 区分 | 障がい等の状況 |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 身体障がい者 | <input type="checkbox"/> 視覚障がい    ___級 |  | <input type="checkbox"/> 聴覚障がい    ___級 |  |  |  | <input type="checkbox"/> ろうあ          ___級 |  | <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい    ___級 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 肢体不自由 |  | <input type="checkbox"/> 上肢 ___級 | <input type="checkbox"/> 下肢 ___級 | <input type="checkbox"/> 体幹 ___級 |  |  |  | <input type="checkbox"/> 脳原性 |  | <input type="checkbox"/> 上肢機能 ___級 | <input type="checkbox"/> 移動機能 ___級 | <input type="checkbox"/> 知的障がい者 |  | <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 精神障がい者 |  | <input type="checkbox"/> 1級 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 発達障がい者 |  | <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br>[ _____ ] |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 難病患者 |  | <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者<br><input type="checkbox"/> 長野県特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害等医療受給者 |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 高齢者 |  | <input type="checkbox"/> 要介護（ 1   2   3   4   5 ） |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 妊産婦 |  | <input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日（令和 年 月 日） |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> その他<br>(けが・病気等) |  | <input type="checkbox"/> 傷病名 _____<br><br><input type="checkbox"/> 必要とする期間（令和 年 月 日まで）<br><input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br>[ _____ ] |  |  |  |  |
| 区分  | 障がい等の状況                                    |  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 身体障がい者   | <input type="checkbox"/> 視覚障がい    ___級     |  | <input type="checkbox"/> 聴覚障がい    ___級   |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> ろうあ          ___級 |  | <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい    ___級 |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 肢体不自由             |  | <input type="checkbox"/> 上肢 ___級         | <input type="checkbox"/> 下肢 ___級 | <input type="checkbox"/> 体幹 ___級   |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |  | <input type="checkbox"/> 脳原性             |                                  | <input type="checkbox"/> 上肢機能 ___級 | <input type="checkbox"/> 移動機能 ___級 |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 知的障がい者   |  | <input type="checkbox"/> A 1 <input type="checkbox"/> A 2  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 精神障がい者   |  | <input type="checkbox"/> 1級  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 発達障がい者   |  | <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br>[ _____ ]  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 難病患者   |  | <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者<br><input type="checkbox"/> 長野県特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害等医療受給者 |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 高齢者  |  | <input type="checkbox"/> 要介護（ 1   2   3   4   5 ）  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦  |  | <input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日（令和 年 月 日）   |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> その他<br>(けが・病気等)  |  | <input type="checkbox"/> 傷病名 _____<br><br><input type="checkbox"/> 必要とする期間（令和 年 月 日まで）<br><input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況（具体的な状況を記入してください。）<br>[ _____ ]  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| <p>3 再交付申請の理由（該当する□に✓を記入）</p> <p><input type="checkbox"/> 紛失    <input type="checkbox"/> 汚れ・破損等    <input type="checkbox"/> その他[理由 _____ ]</p>  |  |  |  |                                  |                                    |                                    |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 事務局<br>使用欄  | 交付<br>No.                                  |  | 有効<br>期限                                 |                                  | 利用<br>証                            | 様式第1号(青)<br>様式第2号(緑)               |    |         |  |  |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                |  |                                  |                                  |                                  |  |  |  |                              |  |                                    |                                    |                                 |  |   |  |  |  |  |                                 |  |                             |  |  |  |  |                                 |  |   |  |  |  |  |                               |  |  |  |  |  |  |                              |  |   |  |  |  |  |                              |  |  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

※申請時の留意事項

1 申請書と併せて、以下の確認書類を提示してください。

|                  |   |
|------------------|---|
| 身体障がい者           | 身体障害者手帳<br>(住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるページ)  |
| 知的障がい者           | 療育手帳<br>(住所、氏名、障害の程度の記載があるページ)  |
| 精神障がい者           | 精神障害者保健福祉手帳<br>(住所、氏名、障害等級の記載があるページ)  |
| 発達障がい者           | 医療機関、療育機関等からの証明書  |
| 難病患者             | 特定医療費（指定難病）受給者証<br>特定疾患医療受給者証<br>長野県特定疾病医療受給者証<br>先天性血液凝固因子障害等医療受給者証<br>(住所、氏名、病名の記載があるページ) |
| 高齢者              | 介護保険被保険者証<br>(住所、氏名、要介護状態区分の記載があるページ)   |
| 妊産婦              | 母子健康手帳<br>(住所、氏名、出生年月日（または分娩予定日）の記載があるページ)  |
| その他けが人または<br>病気等 | 医師の診断を記載した書面等の必要書類<br>(歩行困難な旨明記されたもの)   |

2 郵送による申請の場合

確認書類の写し1部と、返信用切手（140円）を同封してください。

3 その他（利用証の再交付申請をする場合）

紛失した場合を除き、使用していた利用証は返却してください。

〔 代理人が窓口で申請される場合は、上記の添付書類に加えて、代理人の方の本人確認書類（運転免許証、保険証等）を持参下さい。また、下記の代理人申請欄への記載が必要です。 〕

【代理人申請欄】 ※申請者の承認を得ていることが必要です。

|              |                |
|--------------|----------------|
| 代理人氏名        |                |
| 代理人住所<br>連絡先 | 〒<br><br>TEL : |
| 申請者との続柄      |                |

※記載された個人情報、本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ます。