

## 福井県身体障がい者等用駐車場利用証交付申請書

年 月 日

福井県知事 様

〒

住 所

ふりがな

申請者 氏 名

生年月日 年 月 日

電話番号 ( ) -

下記のとおり歩行が困難であるため利用証の交付を申請します。

**○ 歩行困難の状況**（該当する項目の□にレを入れてください。）

- 視覚障害または平衡機能障害または肢体不自由である。
- 歩行の際に介助や特別な器具などを要する。
- 下肢に振え、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。
- その他（ ）

**○ 使用区分・障がいの状況等**（必要事項を記入してください）

	区分：対象	等級・病名等	手帳の番号等
身体 障 害	視覚 : 4級以上	級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ※1 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 No. _____
	平衡機能 : 5級以上	級	
	心臓等 : 4級以上	心臓・腎臓・呼吸器・膀胱直腸・小腸・免疫・肝臓 級	
	上肢 : 2級以上	級	
	下肢 : 6級以上	級	
	体幹 : 5級以上	級	
	脳原上肢 : 2級以上	級	
	脳原移動 : 6級以上	級	
	知的障害 : 障害程度A		<input type="checkbox"/> けが等 ※2 <input type="checkbox"/> 身分証明書 ※3
	精神障害 : 障害程度1級		
	高齢者 : 要介護度1以上		
	難病患者 : 特定疾患医療受給者		
	けが人 : 杖、車椅子使用期間	年 月 日まで	
	妊産婦 : 出産（予定）日	年 月 日	
その他			

- ※1 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、介護保険被保険者証、特定疾患医療受給者証、母子手帳を提示してください。
- ※2 けが、その他により申請する場合は、診断書等を添付してください。
- ※3 ご本人以外が窓口にくられる場合は、身分証明書（運転免許証等）を提示してください。

お預かりした個人情報、福井県身体障がい者等用駐車場利用証の交付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。

交付番号	
有効期間	年 月 日～ 年 月