

いずれかをチェック☑してください。

- 新規
- 更新 → 赤 緑

更新の場合、現在の利用証の番号を記入してください
番号： _____

様式第2号（第5条関係）

鹿児島県身障者用駐車場利用証交付申請書

鹿児島県知事 様 _____ 年 月 日

〒 _____

住 所

申請者 氏 名 印

電話番号

代理申請の場合 〒 _____

住 所

代理人 氏 名 印

電話番号

【確認事項（必須）】

「ゆずりあい」の気持ちを持って本制度の対象駐車場を利用するため、次の内容に同意します。（理解された方はチェック（☑）してください。）

- 車の運転をされる車椅子常時利用者の方（赤色の利用証をお持ちの方）は、車の乗り降りをする際、車のドアを全開にし、車椅子を車に横付けしなければならないため、幅の広い駐車場は、可能な限り、車を運転される車椅子常時利用者の方（赤色の利用証をお持ちの方）にゆずります。
- 介助者が同乗している場合等で、施設の近くの乗降スペースや本制度の対象区画への一時的な停車により乗降が可能な場合には、一般の駐車場に駐車します。

使用区分・
障害の状況等

※ 更新申請の場合
当初申請の時から、
障害の状況等に変更
がありましたか。

有 無

※ 新規，更新に限らず，使用区分・障害の状況等を記入して下さい。

- 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（上肢 _____ 級 移動 _____ 級）
 - 車椅子常時利用者
 - 心臓機能障害・じん臓機能障害・呼吸器機能障害・膀胱又は直腸の機能障害・小腸機能障害・免疫機能障害・肝臓機能障害 _____ 級
- 知的障害者 障害の程度 _____
- 精神障害者 障害等級 _____
- 高齢者 要介護度 _____
- 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 出産（予定）日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備 考

※ 自分で運転される車椅子常時利用者の方は上記“車椅子常時利用者”にチェックしてください。

交付番号		有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 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の写しを添付してください。
 - 身体障害者 身体障害者手帳の写し
※“車椅子常時利用者”にチェックされた方は運転免許証の写し
 - 知的障害者 療育手帳の写し
 - 精神障害者 精神障害者保健福祉手帳の写し
 - 高齢者 介護保険被保険者証の写し
 - 難病患者 特定疾患医療受給者証の写し
特定医療費（指定難病）受給者証の写し
 - けが人 診断書の写し，身分証明書（本人確認書類）
 - 妊産婦 母子健康手帳の写し

- 2 ご本人以外の方が窓口申請される場合は、代理人の方の身分証明書をご持参下さい。

※ お預かりした個人情報は、鹿児島県身障者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。