いずれかをチェック☑してください。

　□　新 規 更新の場合，現在の利用証の番号を記入してください

　□　更 新 → □ 赤　□ 緑 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  年　　月　　日  　　鹿児島県知事　様  〒　　－  住　　所  申請者　氏　　名  電話番号  代理申請の場合　〒　　－  住　　所  代理人　氏　　名  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 |

様式第２号（第５条関係）

（裏面）

　　　　　　　　　　　　　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

　○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。