

該当する項目にチェックをしてください

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：\_\_\_\_\_

更新の場合は、必ず  
記入してください

様式第2号（第5条関係）

## 記入例

### 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

利用証の交付対象者本人について記入してください（代理申請の場合も記入）

年 月 日

〒890 - 8577

住 所 鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号

ふりがな さくらじま たろう

申請者 氏 名 桜島 太郎

電話番号 099-286-2746

生年月日 H 元年 1 月 1 日

代理申請の場合、代理人について記入してください（身分証明書の確認が必要）

代理申請の場合 〒 \_\_\_\_\_

住 所

代理人 氏 名

電話番号

#### 【確認事項（必須）】

重要！ 必ず内容を確認してください（同意が必要です）

「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

※ 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。

#### ※ 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

更新の場合は、どちらかにチェックをしてください。

○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 1 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

内部障害の場合は、該当するものを○で囲んでください

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 日

一番下の欄は記入しないでください（窓口で記入します）

○身体障害者手帳

住所、氏名、障害名及び障害等級の記載があるページのコピー

(写真のあるページから備考のページまでわかるようにコピーしてください)

身 体 障 害 者 手 帳		
鹿 児 島 県 第	123 号	
平成 20 年 7 月 8 日 交 付		
年 月 日 再 交 付		
氏 名 鹿 児 島 太 郎		
生年月日 昭和 32 年 9 月 20 日 生		
「要再認定」	鹿 児 島 県	鹿 児 島 県 印
平成 22 年 8 月		

障 害 名	身体障害者等級 表による級別	2 級
脳出血による右上肢の機能の著しい障害(3級)「要再認定平成22年8月」		
脳出血による右下肢の機能の著しい障害(4級)「要再認定平成22年8月」		
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第 1 種 身体障害者		

本 人 の 欄				
現 住 所		本 籍	鹿 児 島 県	
		転入年月日	印	
鹿 児 島 県 鹿 屋 市 客 平 町 上 名 〇 〇 〇 番 地		***	**	
保 護 者 の 欄				
氏 名	続 柄	現 住 所	保護者となった年月日	印
			***	**

備 考

住所、氏名及び障害の程度の記載があるページのコピー  
(写真のあるページから判定の記録のページまでわかるようにコピーしてください)

住所、氏名及び障害等級の記載があるページのコピー  
(有効期限のわかるページから写真のページまでわかるようにコピーしてください)

-3-

## 住所、氏名及び要介護状態区分の記載があるページのコピー

要介護状態区分等		
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成      年      月      日	
認定の有効期間	平成      年      月      日 ～ 平成      年      月      日	
区分支給限度基準額		
居宅サービス等	平成      年      月      日 ～ 平成      年      月      日 月当たり	単位
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

## 住所、氏名及び疾患名（病名）の記載があるページのコピー

有 限 公 司	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	

  

指 定 区 画 界 限 図	区 画 界 限	指定年月日
	〇都道府県又は指定都市の指定する融資指定区域図	

○母子手帳

住所、氏名及び分娩予定日の記載があるページのコピー  
(p 1 及び p 4 をコピーしてください)

この欄は手帳を受け取ったときに自分で記入してください。

子 の 保 護 者	続柄	氏名	生年月日(年齢)	職業
	身(妊婦)		年 月 日生(歳)	
	父		年 月 日生(歳)	
			年 月 日生(歳)	
居住地	電話			
	電話			
	電話			

出生届出済証明

子の氏名	男・女		
出生の場所	都道府県	市区町村	
出生の年月日	年	月	日

上記の者については、年 月 日  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたときは14日以内に出生届をして、同時に  
上欄に出生届出済の証明を受けてください。

妊婦自身の記録(1)

ご自身の体調や妊婦健康診査の際に尋ねたいこと、赤ちゃんを迎える  
両親の気持ちなどを書き留めておきましょう。

妊  
婦

妊娠3か月	妊娠8週～妊娠11週(月 日～月 日)
<p>※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておく心安心です。</p>	
妊娠4か月	妊娠12週～妊娠15週(月 日～月 日)
<p>※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(以降も各種検査結果について確認しましょう)。 ※産期予定を予定している場合は、医師や助産師、家族と話し合い、準備しましょう。</p>	

最終月経開始日	年	月	日
この妊娠の初診日	年	月	日
胎動を感じた日	年	月	日
分娩予定日	年	月	日

※働く女性は、妊婦健康診査で医師等から指導(予防的措置も含みます)があった際は、「母性健康管理指導事項連絡カード」を活用しましょう。

○医師の診断書（原本）

傷病名及び「歩行困難」であること，並びに車椅子，杖等の使用期間の記載があるもの

（参考様式）

## 診 断 書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生

標記の者は、下記のとおり，歩行困難な状況であると認められます。

### 記

○ 傷病名 （ \_\_\_\_\_ ）

○ 使用する歩行補助器具

☐ 車椅子

☐ 杖

※ 「使用期間」に1年以上の期間が記載されている場合も，利用証の有効期限は1年未満になりますので，注意してください。

○ 歩行補助器具の使用期間（いずれかに御記入ください）

☐ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 まで

☐ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 から \_\_\_\_\_ ケ月間

年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

医 師 \_\_\_\_\_ (印)