

いずれかをチェック☑してください。

- 新規
 更新 → 赤 緑

該当する項目にチェックをしてください

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。

○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

脳原（上肢 _____ 級 移動 _____ 級）

車椅子常時利用者

該当する項目をチェック、記入してください
例）自分で運転をされる車椅子常時利用者

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

○妊娠婦

出産（予定）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

※ 自分で運転を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。

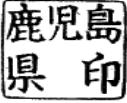
交付番号	有効期間	年 月 日～	年 月
------	------	--------	-----

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」 平成22年8月 鹿児島県			

障害名	身体障害者等級 表による級別
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」	2級
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	
鹿児島県鹿屋市吾平町上名000番地	転入年月日	印	
	＊＊＊	＊＊	
保護者の欄			
氏名	統柄	現住所	保護者となった年月日
			＊＊＊
			＊＊

備考			

○療育手帳

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)

写 真	第 号
(縦4.0cm×横3.0cmで脱帽して上半身を写したもの)	
交付再	
氏名 生年月日	
性別	
鹿児島県	
鹿児島県印	

- 1 -

本 人		
住	所	
旅客鉄道株式会社旅客運賃減額 第1種・第2種 知的障害者		
保 護 者		
氏 名 続柄	職業	電話番号
住	所	

- 2 -

判 定 の 記 録	
障害の程度 総合判定	合 併 障 害
(身体障害級)	
判 定 年 月 日	
次の判定年月日	
判 定 機 関	
判 定 の 記 録	
障害の程度 総合判定	合 併 障 害
(身体障害級)	
判 定 年 月 日	
次の判定年月日	
判 定 機 関	

- 3 -

○精神障害者保健福祉手帳

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)

備 考

1. 医療や生活などで相談したいときは、市町村役場、保健所、精神保健福祉センターなどにご相談ください。
2. 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。
3. この手帳を万一なくしたときは、再交付を申請してください。
4. この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。
5. 更新の申請は、有効期限の3か月前から市町村で行うことができます。

メ モ

交付日 年 月 日	
有効期限 年 月 日	
(更新)	
(更新)	
(更新)	
(更新)	
鹿児島県	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳	

障害等級 級	写真貼付 (縦4cm×横3cmで脱帽して上半身を写したもの)
手帳番号 号	自立支援医療受給者番号 号
氏名	鹿児島県印
住所	
生年月日	性別

○介護保険被保険者証

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

介護保険被保険者証		(一)		
被 保 險 者 者	番 号			
	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	性 別		
	交付年月日			
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印	4 6 2 0 1 0			
	鹿児島県鹿児島市山下町11-1 (電話)099-216-1277~1280			
(山下町)				
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				
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
月当たり				
単位				
サービスの種類				
種類支給限度基準額				
(うち種類支給限度				
基準額)				
認定審査会				
の意見及び				
サービスの				
種類の指定				

○特定医療費（指定難病）受給者証

住所、氏名及び疾患名（病名）の記載があるページのコピー

特定医療費(指定難病)受給者証					
会員登録番号					
持定期券登録番号					
フリガナ					生年月日
氏名					
住所					
保険会員登録番号					
記号及び番号					適用区分
氏名					既婚
住所					
自己負担額 上位額					会員本人 負担額
人工呼吸器等装着			高額かつ長期		
輪椅高額装着					
被影響と同一世帯内にいて指定難病又は小規操作性難病医療費助成の対象患者					
育幼期間					
上記のとおり記載する。					
年月日			施設基準知事印		
連絡先一覧		住所及び電話番号			

病 名	(1)	
	(2)	
	(3)	
	(4)	
	(5)	
5. 件		医療機関(一) 担当年月日
指 定 医 療 機 関	各新規府県又は指定都市の指定する難病指定医療機関	

○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)

この欄は手帳を受取ったるすぐに自分で記入してください。

姓 様	氏 様 名	生 年 月 日 (西暦)	職 業
母 (妊娠)		年 月 日 生 (歳)	
父		年 月 日 生 (歳)	
		年 月 日 生 (歳)	
被 者	電話		
居 住 地	電話		
	電話		

出 生 届 出 濟 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
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長

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。

-1-

妊娠自身の記録(1)

ご自身の体調や妊娠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。

妊娠3か月 妊娠日週～妊娠11週 (月 日～ 月 日)

※妊娠・出産について気軽に相談できる人を見つけておくと安心です。

妊娠4か月 妊娠12週～妊娠15週 (月 日～ 月 日)

※妊娠初期の血液検査結果を確認しましょう(山葵も各種検査結果について確認しましょう)。
※里帰り出産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。

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

準備く女性は、妊娠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送込カード」を活用しましょう。

-4-

○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 _____ 