

| | |
|------|-----|
| 交付番号 | |
| 有効期限 | 年 月 |

様式第1号（第5条関係）

障害者等用駐車区画利用証 交付申請書

平成 年 月 日

秋田県知事

〒 ー

住 所
申請者本人 氏 名
電話番号
住 所
代 理 人 氏 名
電話番号

※（利用証を使用する本人以外の方が手続きされる場合には、代理人欄にもご記入ください）

(1) 車いすの使用状況について、いずれかの欄に☑(チェック)を入れてください。

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 移動の際は、 常時 車いすを | <input type="checkbox"/> 使用している | <input type="checkbox"/> 使用していない |
|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------|

(2) 使用区分について、いずれかの欄に☑(チェック)を入れ、下線部に必要事項を記入してください。

| 使用区分 | 障害等の状況 |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 身体障害者 | <input type="checkbox"/> 視覚障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢_____ 級 下肢_____ 級 体幹_____ 級 <input type="checkbox"/> 脳原性 上肢機能_____ 級 移動機能 _____ 級 <input type="checkbox"/> 内部障害（心臓など） _____ 級 |
| <input type="checkbox"/> 知的障害者 | 療育手帳 A |
| <input type="checkbox"/> 精神障害者 | 精神障害者保健福祉手帳 1 級 |
| <input type="checkbox"/> 難病患者 | 特定医療費(指定難病)受給者又は小児慢性特定疾患医療受給者 |
| <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けた者 | 要介護者（要介護1～5） |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦 | 出産・分娩予定日：_____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| <input type="checkbox"/> けが人 | けがの状況：_____ 必要とする期間：_____ ヶ月間 |

(添付書類) ※添付した書類の欄に☑(チェック)を記入してください。

- 身体障害者：身体障害者手帳(写) 知的障害者：療育手帳(写)
- 精神障害者：精神障害者保健福祉手帳(写) 要介護認定を受けた者：介護保険被保険者証(写)
- 難病患者：特定医療費(指定難病)受給者証(写)又は小児慢性特定疾患医療受給者証(写)
- 妊産婦：身分証明書と母子健康手帳(写) けが人：身分証明書及び医師の診断を記載した書面(写)

(注意事項)

- 1 区分毎に該当する等級等（交付基準）がありますので、事前に必ずご確認ください。
- 2 表中「脳原性」とは、「乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害」を指します。
- 3 氏名を自書した場合は、押印不要です。氏名を印刷又はゴム印等を使用した場合は押印してください。
- 4 代理人が申請する場合は、代理人の身分証明書（運転免許証等）をご持参又は写しを添付してください。
- 5 記載された個人情報は、障害者等用駐車区画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、申請者の承諾なしに第三者に提供することはありません。