

パーキングパーミット（身体障がい者等用駐車場利用証）交付申請書

申請日	(西暦) 年 月 日
郵便番号	〒 ー
住所	
氏名(ふりがな)	
氏名(漢字)	
申請者との続柄※	
電話番号	

※代理人申請の場合のみ記入してください。

使用区分・障がいの状況等	<p>該当する項目の<input type="checkbox"/>に シ を入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者</p> <p>視覚障害 <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>4級</p> <p>聴覚障害 <input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級</p> <p>平衡機能障害 <input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>5級</p> <p>肢体不自由(上肢) <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>4級</p> <p>肢体不自由(下肢) <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>4級、<input type="checkbox"/>5級、<input type="checkbox"/>6級</p> <p>肢体不自由(体幹) <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>5級</p> <p>運動機能障害・上肢 <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級</p> <p>運動機能障害・移動 <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>4級、<input type="checkbox"/>5級、<input type="checkbox"/>6級</p> <p>内部障害</p> <p><input type="checkbox"/>心臓 <input type="checkbox"/>じん臓 <input type="checkbox"/>呼吸器 <input type="checkbox"/>ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/>小腸 <input type="checkbox"/>肝臓</p> <p><input type="checkbox"/>免疫 <input type="checkbox"/>1級、<input type="checkbox"/>2級、<input type="checkbox"/>3級、<input type="checkbox"/>4級</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害者 A</p> <p><input type="checkbox"/>精神障害者 1級</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者 要介護度 <input type="checkbox"/>1、<input type="checkbox"/>2、<input type="checkbox"/>3、<input type="checkbox"/>4、<input type="checkbox"/>5</p> <p><input type="checkbox"/>難病患者 病名 _____</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (上記基準に満たない者) { 配慮が必要とされる事情 }</p>
	<p><input type="checkbox"/>妊産婦 出産(予定) (西暦) 年 月</p> <p><input type="checkbox"/>けが人 (<input type="checkbox"/>車いす <input type="checkbox"/>杖など) 使用期間(予定) ____ か月</p> <p>〔けがの状況 _____〕 〔受診医療機関 _____〕</p>

※太枠内をご記入ください。

※裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※記入の必要はありません。

書類等確認(シ)		有効期限	年 月	担当者	
----------	--	------	-----	-----	--

～ 注 意 事 項 ～

1. 窓口申請の場合

確認のため、それぞれ以下のものをご持参ください。

- 身体障害者・・・身体障害者手帳
- 知的障害者・・・療育手帳
- 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳
- 高齢者・・・介護保険被保険者証
- 難病者・・・特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患医療受給者証
- その他・・・障がいを証明するもの（障害者手帳等）
（配慮が必要であることを窓口で確認させていただきます。）
- 妊産婦・・・母子健康手帳
- けが人・・・身分証明書（運転免許証、健康保険証など）

※代理申請される場合は、代理人の方の身分証明書をご持参ください。

※利用証は、対象となる方が同乗されている場合もご利用いただけます。

2. 郵送申請の場合（FAX又はメールによる申請も可能です。）

確認のため、それぞれ以下のものの写しを添付のうえ、県庁障がい福祉課宛てにお送りください。

- 身体障害者・・・身体障害者手帳
（住所、氏名、障害等級、障害名の記載のあるところ）
- 知的障害者・・・療育手帳（住所、氏名、障害の程度の記載があるところ）
- 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳
（住所、氏名、障害等級のあるところ）
- 高齢者・・・介護保険被保険者証
（住所、氏名、要介護状態区分のあるところ）
- 難病者・・・特定医療費（指定難病）受給者証、特定疾患医療受給者証
（住所、氏名、病名の記載があるところ）
- その他・・・障がいを証明するもの（障害者手帳等）
（配慮が必要な事情を詳細にご記入ください。内容について電話等で確認させていただく場合がございます。）
- 妊産婦・・・母子健康手帳（住所、氏名、出生年月日〔または分娩予定〕の記載があるところ）
- けが人・・・身分証明書（運転免許証、健康保険証など）

※ お預かりした個人情報、パーキングパーミット（愛媛県身体障がい者等用駐車利用証）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。

◇郵送先、お問い合わせ先

愛媛県 保健福祉部 生きがい推進局 障がい福祉課 在宅福祉係

〒790-8570 松山市一番町四丁目4-2

電話 089-912-2423

ファクシミリ 089-931-8187

E-mail syougaihukus@pref.ehime.lg.jp