

川口市おもいやり駐車場(車いす利用者用駐車施設)利用証交付申請書

・日付と申請者・代理人の住所・氏名・電話番号を記入して下さい。

平成 年 月 日

申請者 (対象者)	住所 (ふりがな)	_____	⑩
	氏名	_____	
	電話番号	_____	F A X _____
代理人 (来所者)	住所 (ふりがな)	_____	⑩
	氏名	_____	
	電話番号	_____	F A X _____

・申請者の状況で、該当する口に✓を記入し、該当の等級に○を付けて下さい。
妊産婦については該当口に✓を付けて出産予定日をご記入下さい。

使用 区 分 ・ 障 害 の 状 況 等	<input type="checkbox"/> 身体障害者	
	視覚障害	(1級 2級 3級 4級の1)
	聴覚障害	(2級 3級)
	平衡機能障害	(3級)
	肢体不自由・上肢	(1級 2級の1 2級の2)
	肢体不自由・下肢	(1級 2級 3級 4級 ※5級 ※6級)
	肢体不自由・体幹	(1級 2級 3級)
	脳原・上肢	(1級 2級)
	脳原・移動	(1級 2級 3級 4級)
	心臓・腎臓等障害	(1級 3級)
	ヒト免疫不全ウイルス による免疫機能障害	(1級 2級 3級)
	<input type="checkbox"/> 知的障害者	
障害の程度	(㉠ A)	
<input type="checkbox"/> 精神障害者		
障害の程度	(1級)	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患		
のうち色素性乾皮症		
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている者		
要介護度	(2 3 4 5)	
<input type="checkbox"/> 妊産婦		
出産(予定)日	(年 月 日)	

・手帳等の番号(身体障害者手帳等の番号をご記入下さい。)

No.

※ _____ 枠内をご記入下さい。

※ 肢体不自由・下肢の5級・6級の方は歩行能力の程度が1km未満の方に限ります。
該当される方は診断書のコピーが必要になります。

※ 申請の際には、身体障害者手帳等が必要ですので裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※ 代理申請される場合は、代理人の方の身分証明書が必要になります。

※以下は記入しないで下さい。

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 手帳等の確認	利 用 証 番 号	
有 効 期 限	H 年 月 ~ H 年 月		

- 注 意 事 項 -

確認のため、それぞれ以下のものをお持ち下さい。

- 身 体 障 害 者 …… 身体障害者手帳
(肢体不自由・下肢の5級・6級の方で歩行能力の程度が
1km未満の方は診断書のコピー)
- 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
- 色 素 性 乾 皮 症 …… 小児慢性特定疾患医療受給者証
- 要介護認定を受けている者 …… 介護保険被保険者証
- 妊 産 婦 …… 母子健康手帳

※ 代理申請される場合は、代理人の方の身分証明書をお持ち下さい。

※ お預かりした個人情報は、川口市おもいやり駐車場(車いす利用者用駐車施設利用証)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。