

(様式第1号：第5条・第8条関係)

富山県ゆずりあいパーキング利用証交付申請書
(障害者等用駐車場)

富山県知事 殿

年 月 日

〒

住 所

ふ り が な
申請者氏名

電話番号

FAX 番号(必要な場合のみ)

私は、下記の事由に該当するため、利用証の交付を申請します。

● 障害等の状況 (該当する区分や状況の□に✓を記入) ※裏面参照				
区分		障害等の状況		
<input type="checkbox"/> 身体障害者		◇視覚障害 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 4級 ◇聴覚障害 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級 ◇平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 4級 ◇肢体不自由 上肢 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級 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 体幹 <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 ◇脳原性運動機能障害 上肢機能 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級 移動機能 <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 ◇心臓・腎臓等内部障害等その他 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 4級		
<input type="checkbox"/> 知的障害者		<input type="checkbox"/> A		
<input type="checkbox"/> 精神障害者		<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級		
<input type="checkbox"/> 難病患者		<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者		
<input type="checkbox"/> 高齢者等		<input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5) ※40～64歳の要介護認定者を含む		
<input type="checkbox"/> 妊産婦		<input type="checkbox"/> 出産(分娩予定)日(年 月 日) <input type="checkbox"/> 多胎		
<input type="checkbox"/> その他 (けが・病気等)		<input type="checkbox"/> 傷病名 _____ <input type="checkbox"/> 必要とする期間(年 月 日まで) <input type="checkbox"/> 歩行や移動が困難な状況(具体的な状況を記入してください。) 		
事務局 使用欄	交付 No.		有効 期限	<input type="checkbox"/> 無期限 <input type="checkbox"/> (年 月) ※西暦

(様式第1号裏面)

※申請時の留意事項

1 申請書と併せて、以下の確認書類を提示してください。

また、更新申請の場合は、現在お使いの利用証をお持ちください。

身体障害者	身体障害者手帳 (住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるページ)
知的障害者	療育手帳 (住所、氏名、障害の程度の記載があるページ)
精神障害者	精神障害者保健福祉手帳 (住所、氏名、障害等級の記載があるページ)
難病患者	特定医療費（指定難病）受給者証 特定疾患医療受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証 (住所、氏名、病名の記載があるページ)
高齢者等 (40～64歳の要介護認定者を含む)	介護保険被保険者証 (住所、氏名、要介護状態区分の記載があるページ)
妊産婦	母子健康手帳 多胎については、多胎児の人数分の母子健康手帳 (住所、氏名、出生年月日（または分娩予定日）の記載があるページ)
その他けが人または病気等	医師の診断を記載した書面等の必要書類 (歩行困難な旨明記されたもの)

● 郵送による申請の場合

確認書類の写し1部と、返信用切手（140円）を同封してください。

【送付先】

〒930-8501（住所記載不要）

富山県厚生企画課地域共生福祉係 宛

（代理人が窓口で申請される場合は、上記の添付書類に加えて、代理人の方の本人確認書類（運転免許証、保険証等）を持参下さい。また、下記の代理人申請欄への記載が必要です。）

【代理人申請欄】 ※申請者の承認を得ていることが必要です。

代理人氏名	
代理人住所 連絡先	〒 TEL :
申請者との続柄	
事務局使用欄	【確認書類】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※記載された個人情報、本利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用します。