

交付番号	通し番号	事務所番号
------	------	-------

ふくおか・まごころ駐車場利用証（身体障がい者等用駐車場利用証）再交付申請書

私は、下記の事由に該当するため、ふくおか・まごころ駐車場利用証の交付を申請します。
 年 月 日

申請者	〒	住所	既交付番号
		(ふりがな)	
		氏名	
	電話番号	— —	再交付の理由
代理人 (保護者)	〒	住所	
		(ふりがな)	
		氏名	(申請者との続柄：)
	電話番号	— —	

該当する項目の□に し を入れ、必要事項を記入してください。		利用証
使用区分・障がいの状況等	<input type="checkbox"/> 身体障がいのある人 ※ 自ら運転し車いす常時利用 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 視覚障がい <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 4級 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級 平衡機能障がい <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 肢体不自由（上肢） <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 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 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"/> 4級、 <input type="checkbox"/> 5級 運動機能障がい・上肢 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級 運動機能障がい・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 内部障がい <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"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 1級、 <input type="checkbox"/> 2級、 <input type="checkbox"/> 3級、 <input type="checkbox"/> 4級	自ら運転 車いす 常時利用 有→赤色 無→緑色
	<input type="checkbox"/> 知的障がいのある人 療育手帳の障がいの程度欄「A」 <input type="checkbox"/> 精神障がいのある人 精神障害者保健福祉手帳の障がい等級 1級 <input type="checkbox"/> 高齢者（要介護者） 要介護度 <input type="checkbox"/> 1、 <input type="checkbox"/> 2、 <input type="checkbox"/> 3、 <input type="checkbox"/> 4、 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 難病者 病名 _____	緑色
	<input type="checkbox"/> 妊産婦 出産（予定）____年 月 日 <input type="checkbox"/> 単胎児（有効期間は妊娠7ヶ月から産後3ヶ月まで） <input type="checkbox"/> 多胎児（双子、三つ子等）（有効期間は妊娠7ヶ月から産後18ヶ月まで） <input type="checkbox"/> けが人（ <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖など） 使用期間(予定) ____年 月 日から ____年 月 日まで （有効期限は1年の範囲内で必要な期間） [けがの状況 _____]	オレンジ 有効期間 年 月 ~ 年 月

※太枠内をご記入ください。

※申請の際には、既交付の利用証又は身体障害者手帳等が必要です。（裏面の注意事項参照）

※代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書（運転免許証等）を御持参ください。

※利用証は、対象となる方が運転又は同乗されている場合に利用していただけます。

※オレンジ色の利用証の有効期間は、対象期間の属する月の初日から末日までです。

◆以下は記入の必要はありません。

<input type="checkbox"/> 交付済 右上欄に交付番号記入 <input type="checkbox"/> 未交付 （未交付理由等 _____）	担当者
---	-----

～ 注 意 事 項 ～

確認のため、既交付の利用証、又はそれぞれ以下のものをご持参ください。

○身体障がいのある人・・・身体障害者手帳

※「自ら運転し車いす常時利用 有り」にチェックした方は運転免許証も必要

○知的障がいのある人・・・療育手帳

○精神障がいのある人・・・精神障害者保健福祉手帳

○高齢者（要介護者）・・・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
小児慢性特定疾病医療受給者証

○妊産婦・・・母子健康手帳（多胎児産婦の場合は多胎児の人数分の母子健康手帳）

○けが人・・・身分証明書（運転免許証、健康保険証など）及び診断書

※診断書には下記の①及び②が明記されていること。

①車いす又は杖などの補装具等の使用期間

②歩行困難な期間

※代理申請される場合は、代理人の方の身分証明書もご持参ください。

※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。

※ お預かりした個人情報、ふくおか・まごころ駐車場利用証（身体障がい者等用駐車場利用証）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。