　（様式第３号：第３関係）

信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）交付申請書

　　　年　　　月　　　日

　（長野県知事　　様）　　　　　　　　　　　　　〒

住　　所

電話番号

私は、下記の事由に該当するため、障がい者等用駐車場利用証を交付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ●申請区分（申請の種類に✔を記入してください。）  □ 新規　　　　　□ 更新　　　　　□ 再交付（必ず３も記入） | | | | | | | |
| １　車いすの使用状況（該当する□に✔を記入してください。） | | | | | | | |
| □ 使用している　　　□ していない | | | | | | | |
| ２　障がい等の状況（該当する区分の□に✔を記入し、必要箇所に級数等を記入）※裏面参照 | | | | | | | |
| 区分 | | | 障がい等の状況 | | | | |
| □　身体障がい者 | | | □視覚障がい　　　級　　　□聴覚障がい　　　級  □ろうあ　　　　　級　　　□平衡機能障がい　　　級  □肢体不自由　上肢　　級　下肢　　級　体幹　　級  　　　　　　　脳原性　上肢機能　　級　移動機能　　級  □心臓・腎臓等内部障がい 　　級 | | | | |
| □　知的障がい者 | | | □Ａ１　　□Ａ２ | | | | |
| □　精神障がい者 | | | □１級 | | | | |
| □　発達障がい者 | | | □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。） | | | | |
| □　難病患者 | | | □特定医療費（指定難病）受給者　 □特定疾患医療受給者  □長野県特定疾病医療受給者　□先天性血液凝固因子障害等医療受給者 | | | | |
| □　高齢者 | | | □要介護（１　２　３　４　５） | | | | |
| □　妊産婦 | | | □出産（分娩予定）日（　　　　年　　　月　　　日） | | | | |
| □　その他  （けが・病気等） | | | □傷病名  □必要とする期間（　　　年　　月　　日まで）  □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。） | | | | |
| ３　再交付申請の理由（該当する□に✔を記入） | | | | | | | |
| □　紛失　　□　汚れ・破損等　　□　その他[理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　] | | | | | | | |
| 事務局  使用欄 | 交付  № |  | | 有効  期限 |  | 利用  証 | 様式第１号(青) |
| 様式第２号(緑) |

（様式第３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。   |  |  | | --- | --- | | 身体障がい者 | 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） | | 知的障がい者 | 療育手帳  （住所、氏名、障害の程度の記載があるページ） | | 精神障がい者 | 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） | | 発達障がい者 | 医療機関、療育機関等からの証明書 | | 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  長野県特定疾病医療受給者証  先天性血液凝固因子障害等医療受給者証  （住所、氏名、病名の記載があるページ） | | 高齢者 | 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  （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） |   　２　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。  　３　その他（利用証の再交付申請をする場合）  紛失した場合を除き、使用していた利用証は返却してください。 |

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 | 〒  ℡： |
| 申請者との続柄 |  |

※記載された個人情報は、本駐車場利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用します。