

徳島県身体障がい者等用駐車場利用証（パーキングパーミット）交付申請書

私は、歩行困難等のため、身体障がい者等用駐車場利用証の交付を申請します。

徳島県知事 殿

年 月 日

〒

申請者

住 所

☐返送先

(ふりがな)

氏 名

電話番号

〒

代理人

住 所

☐返送先

(ふりがな)

氏 名

(申請者との続柄：)

電話番号

使用区分・障がいの状況等

該当する項目の☐にシ点を入れ、必要事項を記入してください。☐身体障がい者

視覚障がい _____ 級

聴覚障がい

聴覚障がい _____ 級 平衡機能障がい _____ 級

肢体障がい

上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級

脳原（上肢 _____ 級 移動 _____ 級）

内部障がい ※○で囲んでください。

（ 心臓・腎臓・呼吸器・膀胱・直腸・小腸・肝臓・免疫 ）
_____ 級☐知的障がい者 障がいの程度 _____☐精神障がい者 障がいの程度 _____ 級☐高齢者等（要介護認定された方） 要介護度 _____☐難病患者 病名 _____☐妊産婦 出産（予定）日 _____ 年 月 日☐けが人 ☐車いす・杖など ☐診断書

(使用期間) _____ 年 月 日まで

☐その他 ☐聞き取り・目視 ☐診断書等 _____

※ — 枠内をご記入ください。

※ 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。

* 事務処理欄（申請者は記入しないでください。）

手帳等確認済欄
担当者名

交付番号	
有効期間	年 月末

～ 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。

- 身体障がい者 身体障害者手帳
- 知的障がい者 療育手帳
- 精神障がい者 精神障害者保健福祉手帳
- 高 齢 者 等 介護保険被保険者証
- 難 病 患 者 特定疾患医療受給者証
- 妊 産 婦 母子手帳
- け が 人 診断書、身分証明書
(診断書をお持ちでない場合は、窓口で、車いすや杖等の使用実態を確認させていただきます。)
- そ の 他 診断書等、身分証明書
(診断書等をお持ちでない場合は、駐車場の利用に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。)

- ※ 代理申請の場合 代理人の方の身分証明書
- ※ 更新申請の場合 現在使用されている利用証

2 郵送申請の場合

★ 徳島県庁障がい福祉課に郵送してください。

(〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地)

問合せ先 社会参加・啓発担当 電話：088-621-2237

確認のため、それぞれ以下のものの写し(コピー)を添付してください。

なお、利用証は、県から申請者あて郵送しますので、180円分の返信用切手を同封してください。

- 身体障がい者 身体障害者手帳・・・手帳紙面を広げてコピーしてください。
(氏名、住所、障がい名、障がい等級の記載があるところ)
- 知的障がい者 療育手帳
(住所、氏名、障がいの程度の記載があるところ)
- 精神障がい者 精神障害者保健福祉手帳
(住所、氏名、障がい等級の記載があるところ)
- 高 齢 者 等 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ところ)
- 難 病 患 者 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)
- 妊 産 婦 母子手帳
(住所、氏名、出生年月日〔又は分娩予定日〕の記載があるところ)
- けが人、その他 診断書
(車いす、杖等の使用期間、加療を要する期間等の記載があるところ)
身分証明書

- ※ 代理申請の場合 代理人の方の身分証明書の写し
- ※ 更新申請の場合 現在使用されている利用証

※ お預かりした個人情報、徳島県身体障がい者等用駐車利用証(パーキングパーミット)の交付に必要な事項を審査するためにのみ使用し、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。