

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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〒770-8570

申請者 住 所 徳島市万代町1-1-1 ☒返送先
 (ふりがな) とくしま △△△
 氏 名 徳 島 □ □
 電話番号 088 - 621 - 2237

〒 -
 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 - -

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 1 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