

宮城県ゆずりあい駐車場利用証 交付申請書

年 月 日

宮城県知事 殿

住 所 〒 _____

申請者 (ふりがな) 氏 名 _____

電話番号 _____

住 所 〒 _____

代理人 (ふりがな) 氏 名 _____ (続柄 _____)

電話番号 _____

1 確認事項

私は、下記事項に同意のうえ、利用証の交付を申請します。(すべての□にチェックが必要となります。)

- 歩行や車の乗降が困難なため、ゆずりあい駐車場の利用が必要であることに相違ありません。
- 利用証を、他人へ譲渡、貸与等をしません。
- 有効期間の満了や障害の軽減等により利用証の交付対象でなくなったときは利用証を返還します。

2 障害等の状況について、該当する項目欄にチェックを入れ、下線部に必要事項を記入してください。

対象区分	障害等の状況	確認書類
<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級 <input type="checkbox"/> 脳原性 上肢機能 _____ 級 移動機能 _____ 級 <input type="checkbox"/> 心臓・じん臓等機能障害 _____ 級	身体障害者手帳
<input type="checkbox"/> 知的障害者	療育手帳 A	療育手帳
<input type="checkbox"/> 精神障害者	精神障害者保健福祉手帳 1 級	精神障害者保健福祉手帳
<input type="checkbox"/> 難病患者	特定疾患医療受給者, 特定医療費(指定難病)受給者又は小児慢性特定疾病医療受給者	各受給者証
<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けた者	要介護者 (要介護 1～5)	介護保険被保険者証
<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産・分娩 (予定) 日: _____ 年 _____ 月 _____ 日	母子健康手帳
<input type="checkbox"/> けが人又は病気の者	傷病名: _____ 歩行困難期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日まで	診断書等※ 身分証明書

※ 診断書等は発行後 3 か月以内で、歩行困難な旨及び歩行困難期間が明記されたものに限りま

3 車いすの使用状況について、該当する項目欄にチェックを入れてください。

移動の際は車いすを	<input type="checkbox"/> 使用している	<input type="checkbox"/> 使用していない
-----------	---------------------------------	----------------------------------

(以下記載不要)

書類確認	<input type="checkbox"/>	利用証種類	青 ・ 緑	交付番号		
有効期限	無	有	年 月	決 裁		確認者

注意事項

○申請手続きについて

- ・ 代理人が申請する場合、代理人の身分証明証（運転免許証等）を提示してください。併せて、代理人欄へ必要事項を記入してください。
- ・ 郵送による申請の場合、「必要事項を記入した申請書」「確認書類の写し（氏名・生年月日・交付要件に該当することが確認できる記述がある部分の写し）」「返信用切手140円分」を同封し、下記送付先へ郵送してください。

<送付先>

〒980-8570 仙台市青葉区本町三丁目8-1 宮城県保健福祉部社会福祉課

※ 住所の記載は省略しても構いません。

○利用証について

- ・ 対象区画となる駐車場の混雑状況によっては、利用証の交付を受けていても対象区画が利用できない場合もありますので御了承ください。
- ・ 利用証は、対象となる方が駐車場を利用する場合（同乗している場合を含む。）に限り利用できます。
- ・ 対象区画に駐車する際は、利用証を車内のルームミラーにかけて、表面が外から確認できるように使用してください。

※ お預かりした個人情報等は、宮城県ゆずりあい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、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。