様式第1号（第6条関係）

（表面）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□新規　　□更新

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **鳥取県ハートフル駐車場利用証　交付申請書**  私は、鳥取県ハートフル駐車場利用証制度実施要綱第４条（利用証を交付する者）に該当するため、鳥取県ハートフル駐車場利用証の交付を申請します。  　　　　年　　　月　　　日  住　　所  申請者 　（ふりがな）  　氏　　名  電話番号 | | | | |
| **障がい等の状況**  **（記載必須）**  **※該当するものにチェック** | 身体障がい者 | | | |
|  | 視覚障がい | | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ４級 |
| 平衡機能障がい | | □ ３級　□ ５級 |
| 肢体不自由 | 上肢 | □ １級　□ ２級 |
| 下肢 | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ４級　□ ５級　□ ６級 |
| 体幹 | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ５級 |
| 脳原性運動機能障がい | 上肢 | □ １級　□ ２級 |
| 移動 | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ４級　□ ５級　□ ６級 |
| 心臓機能障がい | | □ １級　□ ３級　□ ４級 |
| じん臓機能障がい | | □ １級　□ ３級　□ ４級 |
| 呼吸器機能障がい | | □ １級　□ ３級　□ ４級 |
| ぼうこう又は直腸機能障がい | | □ １級　□ ３級　□ ４級 |
| 小腸機能障がい | | □ １級　□ ３級　□ ４級 |
| 免疫機能障がい | | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ４級 |
| 肝臓機能障がい | | □ １級　□ ２級　□ ３級　□ ４級 |
| 知的障がい者 | | | □ Ａ（交付を受けることができるのは障害程度欄がＡの場合に限る） |
| 精神障がい者 | | | □ １級（交付を受けることができるのは障害区分欄が１級の場合に限る） |
| 発達障がい者等 | | | □ 歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者 |
| 高齢者 | | 要支援 | □ １　　□ ２ |
| 要介護 | □ １　　□ ２　　□ ３　　□ ４　　□ ５ |
| 難病患者 | | | □ 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証のいずれかで確認 |
| けが人 | | | （　□ 車椅子　　□ 杖　　〕  使用期間　　　　年　　　月　　　日まで |
| 妊産婦等  ※妊娠７か月（２４週）  以降から申請可能 | | | □ 妊娠７か月（２４週）から産後１年半までの者  出産（予定）日　　　　年　　　月　　　日  　※産後については、１歳６か月未満の子どもを同伴する場合に限る |
| □ １歳６か月未満の子どもを同伴する者 |
| その他 | | | * 歩行困難であるためハートフル駐車場の利用が適切であると医師が認める者 |
| * 上記以外の者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| **申請の際には、書類の提示が必要となります。また、裏面の注意事項を必ずご確認ください。** |

（以下記載不要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 書類確認欄 | □身体障害者手帳　□療育手帳　□介護保険被保険者証  □精神障害者保健福祉手帳 □特定疾患医療受給者証  □母子健康手帳　□診断書　　　□医師の確認書  □その他（　　　　　　　　） | 交付番号 |  | 担当 |
| 有効期限 | 年　　月 |  |

（裏面）

**～　注　意　事　項　～**

１　申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示（郵送の場合は写しを添付）してください。

○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

○発達障がい者等・・・・医療機関、療育機関等からの証明書

○高　 齢 　者・・・・介護保険被保険者証

○難病患者・・・・特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証

○妊産婦等・・・・母子健康手帳

　　○け　　が　　人・・・・医師の診断書、医師の意見書、医師の確認書

２　御本人以外の方が窓口申請される場合は、上記１の書類に加えて、代理の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）をご持参ください。併せて、下記連絡先に記載が必要となります。

【連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人氏名 |  |
| 代理人住所 | □申請者と同住所  ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 |
| 代理人電話番号 | □申請者と同電話番号  ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 |

※記載された個人情報は、鳥取県ハートフル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、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。