

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	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	下肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
	体幹	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級

脳原性運動機能障がい	上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	移動	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	交付番号	担当
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証		
	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 医師の確認書	有効期限	年 月
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

(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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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、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。