

佐賀県パーキングパーミット (身障者用駐車場利用証) 交付申請書

年 月 日

佐賀県知事様

〒 _____

住 所 _____

(ふりがな)

申請者 氏 名 _____

生年月日 (T・S・H・R) _____ 年 月 日

電話番号 _____

(代理申請される場合はこちらをご記入ください。)

住 所 _____

(ふりがな)

代理人 氏 名 _____

電話番号 _____

申請者との関係 _____

使用区分・
障害の状況等

身体障害者

視覚障害 _____ 級

平衡機能障害 _____ 級

内部機能障害

(心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓) _____ 級

肢体不自由

上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級

脳原(上肢 _____ 級 移動 _____ 級)

けが人・病人等 (車椅子 杖)

使用期間 _____ 年 月 日まで

妊産婦 出産(予定)日 _____ 年 月 日

(単胎児 ・ 多胎児)

高齢者 要介護度 _____

難病患者 病名: _____

知的障害者 障害の程度 _____

その他 (_____)

旧利用証

番号		有効期間	年 月 日まで
----	--	------	---------

備 考

交付番号		有効期間	年 月 日 ~ 年 月
------	--	------	-------------

(注 意 事 項)

申請時には使用区分・障害の状況によって、次の書類を申請書に添付してください。

身体障害者 身体障害者手帳の写し

氏名・生年月日・障害名・住所の記載がある部分の写し

けが人・病人等 身分証明書、 診断書の写し

身分証明書の住所・氏名・生年月日の記載がある部分と、診断書の傷病名・歩行困難であることがわかる記述がある部分の写し

妊 産 婦 身分証明書、 母子手帳の写し

身分証明書の住所・氏名・生年月日の記載がある部分の写しと、母子手帳の住所・氏名・分娩予定日の記載がある部分の写し

多胎児については、多胎児の人数分の母子手帳の写し

高 齢 者 介護保険被保険者証の写し

住所・氏名・生年月日・要介護状態区分・有効期間の記載がある部分の写し

難 病 患 者 特定疾患医療受給者証の写し

特定疾患医療受給者証の住所・氏名・生年月日・病名・有効期間の記載がある部分の写し

知的障害者 療育手帳の写し

氏名・生年月日・住所・障害の程度（最新の判定）の記載がある部分の写し

代理申請の場合 家族 }
同居人 } 代理人の身分証明書の写し
その他 }

お預かりした個人情報は、佐賀県パーキングパーミット(身障者用駐車場利用証)の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、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。

詳しくは、佐賀県のホームページのプライバシーポリシーをごらんください。

(<http://www.pref.saga.lg.jp/at-contents/privacy/>)