

兵庫ゆずりあい駐車場利用証交付申請書

年 月 日

兵庫県知事 様 住 所：〒

申請の区分 ☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 再交付 (該当する項目の□に「レ」を記入してください。)			(ふりがな) () 氏 名： 生年月日： 年 月 日 電話/FAX 番号： /																																																																																				
兵庫ゆずりあい駐車場利用証制度実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり兵庫ゆずりあい駐車場利用証の交付を申請します。																																																																																							
1 歩行困難を伴う状況（該当する項目の□に「レ」を記入してください。） ☐ 視覚障害、平衡機能障害又は肢体不自由である。 ☐ 歩行の際に介助や特別な器具などを有する。 ☐ 下肢に震えやすくみが起こる。 ☐ 内部疾患等により、めまい、息切れ等が起こる。 ☐ 歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。 ☐ 妊産婦 ☐ その他 ()																																																																																							
2 区分等（該当する区分・基準に○をつけ、確認書類の番号等欄に必要事項を記入してください）																																																																																							
<table><thead><tr><th colspan="3">区 分</th><th>基 準</th><th colspan="2">確認書類の番号等</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="10">① 障害者</td><td rowspan="8">身体障害</td><td>視 覚</td><td>1・2・3・4 級</td><td colspan="2" rowspan="8">身体障害者手帳番号 ()</td></tr><tr><td>聴 覚</td><td>2・3 級</td></tr><tr><td>平 衡 機 能</td><td>3・5 級</td></tr><tr><td rowspan="3">肢 体 不 自 由</td><td>上 肢</td><td>1・2 級</td></tr><tr><td>下 肢</td><td>1・2・3・4・5・6 級</td></tr><tr><td>体 幹</td><td>1・2・3・5 級</td></tr><tr><td rowspan="2">乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害</td><td>上肢機能</td><td>1・2 級</td></tr><tr><td>移動機能</td><td>1・2・3・4・5・6 級</td></tr><tr><td colspan="2">心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸</td><td>1・3・4 級</td><td colspan="2" rowspan="2">療育手帳番号 ()</td></tr><tr><td colspan="2">ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能肝臓</td><td>1・2・3・4 級</td></tr><tr><td colspan="3">知的障害</td><td>障害程度 A</td><td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号 ()</td></tr><tr><td colspan="3">精神障害</td><td>障害等級 1 級</td><td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号 ()</td></tr><tr><td>② 難病患者</td><td colspan="3">特定医療費（指定難病）受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証</td><td colspan="2">左の受給者証番号 ()</td></tr><tr><td>③ 高齢者等</td><td colspan="3">要介護状態区分 1・2・3・4・5</td><td colspan="2">介護保険被保険者証番号 ()</td></tr><tr><td rowspan="2">④ 妊産婦</td><td rowspan="2">母子健康手帳取得者</td><td colspan="2">単胎児</td><td colspan="2">母子健康手帳番号 ()</td></tr><tr><td colspan="2">多胎児</td><td colspan="2">出産（予定）日： 年 月 日</td></tr><tr><td>⑤ 傷病人</td><td colspan="3">医師の診断書等に「歩行が困難」である旨記載</td><td colspan="2">医師の診断書等及び身分証明書 歩行困難な期間： 年 月 日まで</td></tr><tr><td>⑥ その他</td><td colspan="3">知事が認める者</td><td colspan="2">知事が指定するもの</td></tr></tbody></table>						区 分			基 準	確認書類の番号等		① 障害者	身体障害	視 覚	1・2・3・4 級	身体障害者手帳番号 ()		聴 覚	2・3 級	平 衡 機 能	3・5 級	肢 体 不 自 由	上 肢	1・2 級	下 肢	1・2・3・4・5・6 級	体 幹	1・2・3・5 級	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能	1・2 級	移動機能	1・2・3・4・5・6 級	心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸		1・3・4 級	療育手帳番号 ()		ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能肝臓		1・2・3・4 級	知的障害			障害程度 A	精神障害者保健福祉手帳番号 ()		精神障害			障害等級 1 級	精神障害者保健福祉手帳番号 ()		② 難病患者	特定医療費（指定難病）受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証			左の受給者証番号 ()		③ 高齢者等	要介護状態区分 1・2・3・4・5			介護保険被保険者証番号 ()		④ 妊産婦	母子健康手帳取得者	単胎児		母子健康手帳番号 ()		多胎児		出産（予定）日： 年 月 日		⑤ 傷病人	医師の診断書等に「歩行が困難」である旨記載			医師の診断書等及び身分証明書 歩行困難な期間： 年 月 日まで		⑥ その他	知事が認める者			知事が指定するもの	
区 分			基 準	確認書類の番号等																																																																																			
① 障害者	身体障害	視 覚	1・2・3・4 級	身体障害者手帳番号 ()																																																																																			
		聴 覚	2・3 級																																																																																				
		平 衡 機 能	3・5 級																																																																																				
		肢 体 不 自 由	上 肢			1・2 級																																																																																	
			下 肢			1・2・3・4・5・6 級																																																																																	
			体 幹			1・2・3・5 級																																																																																	
		乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害	上肢機能			1・2 級																																																																																	
			移動機能			1・2・3・4・5・6 級																																																																																	
	心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸		1・3・4 級	療育手帳番号 ()																																																																																			
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能肝臓		1・2・3・4 級																																																																																				
知的障害			障害程度 A	精神障害者保健福祉手帳番号 ()																																																																																			
精神障害			障害等級 1 級	精神障害者保健福祉手帳番号 ()																																																																																			
② 難病患者	特定医療費（指定難病）受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証			左の受給者証番号 ()																																																																																			
③ 高齢者等	要介護状態区分 1・2・3・4・5			介護保険被保険者証番号 ()																																																																																			
④ 妊産婦	母子健康手帳取得者	単胎児		母子健康手帳番号 ()																																																																																			
		多胎児		出産（予定）日： 年 月 日																																																																																			
⑤ 傷病人	医師の診断書等に「歩行が困難」である旨記載			医師の診断書等及び身分証明書 歩行困難な期間： 年 月 日まで																																																																																			
⑥ その他	知事が認める者			知事が指定するもの																																																																																			
注) 1 区分等の該当確認のため、確認書類を提示（又は写しを添付）してください。 2 郵送により申請するときは、確認書類の写し及び返信用切手(180 円)を同封してください。																																																																																							

※ 窓口記入欄

確認書類		窓口（担当者名）		交付番号		有効期限	年 月
------	--	----------	--	------	--	------	-----

(代理人が申請する場合は、裏面も記載)

【代理人記入欄】

※ 申請者が入所している施設の職員が代理人として利用証を申請する場合は、代理人の所属している施設の名称、所在地、電話番号及びFAX番号を記入してください。

申請者との関係	
代理人氏名 (施設名称)	(施設名称)
代理人住所	〒
代理人連絡先	電話番号 FAX番号

- 注) 1 必ず本人の承諾を得てから申請してください。
2 代理人の身分証明書を提示してください。