様式第1号（第5条関係）

**長崎県おもいやり駐車場利用証交付申出書**

|  |
| --- |
| 長崎県おもいやり駐車場利用証の交付を申出ます。　　　　年　　 　　月　　　　　日申 出 者　　住　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　　　　）　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理人の方が申出もしくは代筆される場合は、代理人の方の身分証明書を添付してください。代 理 人 　　住　　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（来所者・代筆者）いずれかに〇をつけてください。　　　　　　　　　　　　　　　　　（ふりがな）　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　　　　）　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| **○　申出者の状況で、該当する□に✔を記入し、身体障害者については等級を記入し、****知的障害者、要介護者については、それぞれ該当の等級に〇をつけてください。** **けが人・病人等については車椅子・杖等の該当□にレを記入して、診断書に書かれて****いる使用期間を、妊産婦については出産（予定）日を記入して下さい。**□**身体障害者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 視覚障害　　　　　　　　４級以上 | ( )級 | 平衡機能障害　 ５級以上 | ( )級 |
| 肢体不自由・上肢　2級以上 | ( )級 | 肢体不自由・下肢　 ６級以上 | ( )級 |
| 肢体不自由・体幹 ５級以上 | ( )級 |  |  |
| 脳病変・ 上肢機能　　　2級以上 | ( )級 | 脳病変・移動機能 ６級以上 | ( )級 |
| □心臓　 □じん臓　 □呼吸器　 □ぼうこう又は直腸　　　　□小腸 □免疫 □肝臓 機能障害該当する□に✔を記入してください | ４級以上 | ( )級 |
| **□知的障害者 障害の程度　（ Ａ１　 Ａ２ ）** | **□精神障害者　　障害の程度　１級** |
| **□要介護者　 要介護 （ １ 　２ 　３ 　４ 　５ ）** | **□難病患者　□小児慢性特定疾病患者** |
| **□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 ）** |

 |

**※交付機関記入欄**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 窓口確認欄 | □　手帳等又は利用証の確認 | 手帳等番号 |  |
| 利用証番号 |  | 有効期間 | 　　　　　　　 　年　　　 月　～　　　　　　　　 年　　 　月 |
| 受付者名 |  | 確認者名 |  | 郵送日 |  | 台帳記載 | □ |