様式第２号（第５条関係）

かがわ思いやり駐車場利用証交付申請書

年　　月　　日

香　川　県　知　事　様

かがわ思いやり駐車場利用証の交付を申請します。

〒　　－

住　所

申請者（ふりがな）

氏　名

電話番号　　－　　－

E-mail

〒　　－

住　所

代理人（ふりがな）

氏　名　　（申請者との続柄：　　）

電話番号　　－　　－

E-mail

区分・障害の状況等

該当する項目の□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

□身体障害のある方

視覚障害　□１級、□２級、□３級、□４級

聴覚障害　□２級、□３級

平衡機能障害　□３級、□５級

肢体不自由（上肢）　□１級、□２級、□３級、□４級

肢体不自由（下肢）　□１級、□２級、□３級、□４級、□５級、□６級

肢体不自由（体幹）　□１級、□２級、□３級、□５級

運動機能障害・上肢　□１級、□２級、□３級、□４級

運動機能障害・移動　□１級、□２級、□３級、□４級、□５級、□６級

内部障害

□心臓　□じん臓　□呼吸器　□ぼうこう又は直腸　□小腸　□免疫　□肝臓

□１級、□２級、□３級、□４級

□知的障害のある方　□Ⓐ、□Ａ

□精神障害のある方　□１級

□高　齢　の　方　　要介護度　□１、□２、□３、□４、□５

□難　病　の　方　　病名

□け　が　人　（□車いす　□杖など）　使用期間（予定）　　か月

〔けがの状況　　〕　〔受診医療機関　　〕

□妊　産　婦　出産（予定）月　　年　　月〔□単胎児、□多胎児〕

□特別児童扶養手当対象児童　（等級 □１級、□２級）

〔証書番号：香特第　　号〕

※申請書は、県庁保健福祉総務課、小豆総合事務所保健福祉課、各県保健福祉事務所のほか、郵送（県庁保健福祉総務課のみ）でも受け付けています。

※申請の際には、身体障害者手帳等が必要ですので、裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書（運転免許証等）をご持参ください。

※利用証は、対象となる方が乗車されている場合にご利用いただけます。

※記入の必要はありません。

確認書類	□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等　□特定医療費（指定難病）受給者証 □特定医療費（香川県指定難病）受給者証　□小児慢性特定疾病医療受給者証 □診断書　□母子健康手帳　□特別児童扶養手当証書　□その他（　　）	交付番号		確認印
		有効期限	年　月	

様式第２号（第５条関係）
（裏面）

～ 注 意 事 項 ～

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。

〇身体障害のある方・・・身体障害者手帳
〔住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるところ〕
〇知的障害のある方・・・療育手帳
〔住所、氏名、障害の程度の記載があるところ〕
〇精神障害のある方・・・精神障害者保健福祉手帳
〔住所、氏名、障害等級の記載があるところ〕
〇高　齢　の　方・・・介護保険被保険者証
〔住所、氏名、要介護状態区分の記載があるところ〕
〇難　病　の　方・・・特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病・香川県指定難病）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証
〔住所、氏名、病名の記載があるところ〕
〇け　　が　　人・・・医師の診断書等、身分証明書(本人確認書類)

〇妊　　産　　婦・・・母子健康手帳
〔住所、氏名、出生年月日（又は分娩予定日）の記載があるところ〕
※多胎児の場合は子の人数分の母子健康手帳

〇特別児童扶養手当対象児童・・・特別児童扶養手当証書
〔受給者情報、住所の記載箇所、記事欄〕

※　記載された個人情報は、かがわ思いやり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、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。

◇郵送先、お問い合せ先
香川県　健康福祉部　保健福祉総務課　地域福祉・保健グループ
〒760-8570　高松市番町四丁目１－１０
電　話　０８７－８３２－３２８０(直通)