様式第３号（第７条関係）

かがわ思いやり駐車場利用証再交付申請書

年　　月　　日

香川県知事　様

かがわ思いやり駐車場利用証の再交付を申請します。

〒　　－

住　所

申請者（ふりがな）

氏　名

電話番号　　－　　－

Email

〒　　－

住　所

代理人（ふりがな）

氏　名　　（申請者との続柄：　　）

電話番号　　－　　－

Email

区　　分		□身体障害者　□知的障害者　□精神障害者 □高　齢　者　□難 病 患 者 □け　が　人　□妊　産　婦　□特別児童扶養手当
利用証	交付番号	
	有効期限	年　　月
再交付申請の理由		

（注）「再交付申請の理由」欄には、紛失、汚損等の状況を記載すること。

※　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。
※　代理人による再交付申請の場合は、代理人の身分証明書（運転免許証等）を御持参ください。
※　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、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。

確認印

様式第３号（第７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〕

◇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)