

様式第4号（第8条関係）

新交付番号	
旧交付番号	
有効期限	年 月

おもいやり駐車場利用証 再交付申請書

年 月 日

福島県知事

申請者本人 (歩行困難である方)	郵便番号
	住 所
	氏 名
	電話番号

代理人	住 所
	氏 名
	電話番号

(以下の該当する区分の□にレ(チェック)を入れて必要事項を記入してください。)

使用区分	障がい等の状況
<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 視覚障がい _____級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい _____級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢_____級 下肢_____級 体幹_____級 <input type="checkbox"/> 脳病変 上肢機能_____級 移動機能_____級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓他内部機能の障がい_____級
<input type="checkbox"/> 知的障がい者	A
<input type="checkbox"/> 精神障がい者	1 級
<input type="checkbox"/> 難病患者	指定難病医療費受給者等
<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等	要支援者・要介護者
<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産（分娩予定）日： 年 月 日
<input type="checkbox"/> けが又は病気の者	症状、疾患_____ 必要とする期間： ケ月間
再交付申請の理由	

(注意事項)

- 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。
- お預かりした個人情報は、おもいやり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。
- 先に交付した利用証は使用できません。発見した場合は、すみやかに返却してください。

※利用証の送付先が住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

郵便番号：

送付先：