

佐賀県パーキングパーミット
(身障者用駐車場利用証) 交付申請書

年 月 日

佐賀県知事様

住所 _____

申請者 (ふりがな)
氏名 _____

電話番号 _____

使用区分・
障害の状況等

身体障害者

視覚障害 _____ 級

平衡機能障害 _____ 級

内部機能障害

(心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓) _____ 級

肢体不自由

上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級

脳原 (上肢 _____ 級 移動 _____ 級)

けが人 (車椅子 杖)

使用期間 _____ 年 月 日まで

妊産婦 出産(予定)日 _____ 年 月 日

高齢者 要介護度 _____

難病患者 病名: _____

知的障害者 障害の程度 _____

その他 (_____)

備考

注 添付書類

- 身体障害者 身体障害者手帳の写し
- けが人 身分証明書、診断書の写し
- 妊産婦 身分証明書、母子手帳の写し
- 高齢者 身分証明書、介護保険被保険者証の写し
- 難病患者 身分証明書、特定疾患医療受給者証の写し
- 知的障害者 療育手帳の写し
- ※ 代理申請の場合は、代理人の身分証明書も添付してください。

※ お預かりした個人情報、佐賀県パーキングパーミット(身障者用駐車場利用証)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。
詳しくは、佐賀県のホームページのプライバシーポリシーをごらんください。

(<http://www.pref.saga.lg.jp/at-contents/privacy/>)

交付番号		有効期間	年 月 日～	年 月
------	--	------	--------	-----