

(表)

令和 年 月 日

申請者 郵便番号 ー
住 所
氏 ^ふ ^り ^が ^な 名
電話番号 ー ー

代理人 郵便番号 ー
住 所
ふりがな氏 (申請者との続柄)
電話番号 ー ー

□その他（具体的に

有効期間 年 月

※確認

※印の欄は、記入
不要です。

(裏)

～ 注 意 事 項 ～

- 代理の方が窓口申請（再交付）する場合は、身分証明書（運転免許証、健康保険証等）をお持ちください。
- 再交付申請する場合は、利用証の交付を受けた窓口に申請してください。また、破損した利用証も返却してください。
- 申請者の確認のため、利用証交付申請に使用した確認書類を提示してください。（郵送等による申請の場合は、確認書類の写しも送付してください。）

＜送付先・お問い合わせ先＞

山梨県 福祉保健部 障害福祉課

〒 400-8501 甲府市丸の内 1－6－1

電話 055-223-1460

FAX 055-223-1464

E-mail shogai-fks@pref.yamanashi.lg.jp

- 利用証は、対象となる方が駐車場を利用する場合（同乗している場合を含む。）に限り利用できます。
- ※ お預かりした個人情報は、山梨県思いやり駐車区画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。