

熊本県障がい者等用駐車場利用証（ハートフルパス）  
新規交付・再交付（紛失・破損・汚損）申請書

※いずれかに○をつけてください

ハートフルパスの交付を申請します。	
令和 年 月 日	〒 住 所 (ふりがな) 申請者 氏 名 電話番号
-----	
<代理申請の場合>	
	〒 住 所 (ふりがな) 代理人 氏 名 (申請者との関係) 電話番号
使用区分・ 障がいの状況 等に係る添付 書類	該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記入してください。
※裏面の利用 証交付基準を ご確認ください。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 視覚障害 ____ 級 平衡機能障害 ____ 級 肢体障害（上肢 ____ 級 下肢 ____ 級 体幹 ____ 級） 脳原性運動機能障害（上肢 ____ 級 移動 ____ 級） 心臓・じん臓・呼吸器機能障害 ____ 級 ぼうこう・直腸・小腸・肝臓機能障害 ____ 級 免疫機能障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 障害の程度 _____ <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 障害の程度 ____ 級 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 要介護度 _____ <input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 出産(予定)日 年 月 日 (多胎児該当) <input type="checkbox"/> 双子 <input type="checkbox"/> 三つ子以上 <input type="checkbox"/> 診 断 書

申請には上記の添付書類が必要です。裏面の注意事項を必ずご確認ください。

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

## ～ 注 意 事 項 ～

1. 申請の際は、おもて面に記載の各手帳等の原本をお持ちになるか、写しを添付してください。

※ 身体障害者手帳等で郵送申請または窓口でコピーをお持ちになる方は、「お名前」「ご住所」「障がいの内容や程度（級や区分など）」が全て写るようコピーしてください。

※ 診断書により申請される方は、本人確認のため身分証明書をご持参ください。

2. ご本人以外の方が窓口申請される場合は、代理人の方の身分証明書をご持参ください。

※ お預かりした個人情報は、熊本県障がい者等用駐車場利用証（ハートフルパス）に関する事務のみに使用し、それ以外の目的で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。

### （参考）利用証交付基準

障がい区分		対象等級
視覚障害		4級以上
平衡機能障害		5級以上
肢体障害	上肢	2級以上
	下肢	6級以上
	体幹	5級以上
脳原性運動機能障害	上肢機能	2級以上
	移動機能	6級以上
心臓・じん臓・呼吸器機能障害 ぼうこう・直腸・小腸・肝臓機能障害、免疫機能障害		4級以上
知的障害	療育手帳の障がいの程度欄	A
精神障害	精神障害者保健福祉手帳の障がい等級	1級
介護保険被保険者証		要介護1以上

○難病者 指定難病医療受給者証、または小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちであること

○妊産婦 (単胎児) 妊娠7か月から子が満1歳を迎える月末まで  
(双子) 母子手帳取得時から子が満2歳を迎える月末まで  
(三つ子以上) 母子手帳取得時から子が満3歳を迎える月末まで

○診断書 移動に配慮が必要な旨、及びその期間の記載