様式第３号（第７条関係）

宮崎県障がい者等用駐車場(おもいやり駐車場)利用証交付申請書

令和　　年　　月　　日

宮 崎 県 知 事　殿

〒

住　　所

申請者　氏　　名

生年月日　T / S / H / R　　年　　月　　日

電話番号　（　　）　　－

（代理申請される場合はこちらもご記入ください）

〒

住　　所

代理人　氏　　名

電話番号　（　　）　　－

本人との関係

私は、下記の事項に同意のうえ、利用証を申請します。

（すべての□にチェックしてください。）

□　歩行や車の乗降が困難なため、おもいやり駐車場の利用が必要であることに相違ありません。

□　利用証の他人への譲渡、貸与等をしません。

□　有効期間の満了(妊産婦･けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の交付対象でなくなったときは利用証を返還します。

□　本制度は対象駐車場の利用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空きがある場合に利用できるものであることを理解します。

○車いすの使用の有無	□あり・□なし（該当する項目の□にチェックを入れてください。）

○障がいの状況等（必要事項を記入してください。）

利用証交付対象区分		等級・病名等	確認書類(窓口記載欄)
身体障がい	視　　覚：４級以上	等　　級（　　）級	□ 身体障害者手帳
	平衡機能：５級以上	等　　級（　　）級	
	上　　肢：２級以上	等　　級（　　）級	
	下　　肢：４級以上	等　　級（　　）級	
	体　　幹：３級以上	等　　級（　　）級	
	脳原上肢：２級以上	等　　級（　　）級	
	脳原移動：６級以上	等　　級（　　）級	
	内部機能：４級以上	心臓･腎臓･呼吸器･膀胱直腸･小腸･免疫･肝臓 等　　級（　　）級	
知的障がい：障害程度Ａ		障害程度（　　）	□ 療育手帳
精神障がい：１級		等　　級（　　）級	□ 精神障害者手帳
高　齢　者：要介護度２以上		要介護度（　　）	□ 介護保険被保険者証
難病患者：特定医療費（指定難病）受給者等		病名（　　）	□ 特定医療費（指定難病）受給者証等
妊産婦：産前４ヶ月～産後３ヶ月		出産予定日：　　年　　月　　日	□ 母子健康手帳
けが人等：車いす、杖使用期間等		年　　月　　日まで	□ 診断書等

（窓口記載欄）

交付窓口名		利用証の種類	赤・緑・ｵﾚﾝｼﾞ	交付日	令和　年　月　日
利用証番号	－	有効期限(オレンジのみ)	令和　　年　月末まで		

（裏面）

～ 注 意 事 項 ～

１　窓口申請の場合

確認のため、それぞれ以下の書類を提示してください。

○ 身体障がいのある方 ・・・ 身体障害者手帳

○ 知的障がいのある方 ・・・ 療育手帳

○ 精神障がいのある方 ・・・ 精神障害者保健福祉手帳

○ 高　齢　の　方 ・・・・・ 介護保険被保険者証

○ 難　病　の　方 ・・・・・ 特定医療費（指定難病）受給者証又は特定疾患医療受給者証

※小児の場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証

○ 妊　産　婦 ・・・・・・・ 母子健康手帳

○ けが人等 ・・・・・・・ 医師の診断書（「おもいやり駐車場利用証申請用診断書」による。）

※全治までの期間が記載された診断書等も可

２　郵送申請の場合

確認のため、それぞれ以下の書類の写しを添付の上、県庁障がい福祉課宛てに郵送してください。

○ 身体障がいのある方 ・・・ 身体障害者手帳

〔障害等級、氏名、生年月日の記載のあるところの写し〕

○ 知的障がいのある方 ・・・ 療育手帳

〔氏名、生年月日、障がいの程度のあるところの写し〕

○ 精神障がいのある方 ・・・ 精神障害者保健福祉手帳

〔氏名、生年月日、障害等級のあるところの写し〕

○ 高　齢　の　方 ・・・・・ 介護保険被保険者証

〔氏名、生年月日、要介護状態区分のあるところの写し〕

○ 難　病　の　方 ・・・・・特定医療費（指定難病）受給者証又は特定疾患医療受給者証

※小児の場合は、小児慢性特定疾病医療受給者証

〔病名、氏名、生年月日の記載のあるところの写し〕

○ 妊　産　婦 ・・・・・・・ 母子健康手帳

〔氏名、分娩予定日又は出生年月日の記載があるところの写し〕

○ けが人等 ・・・・・・・ 医師の診断書（「おもいやり駐車場利用証申請用診断書」による。）

※全治までの期間が記載された診断書等も可

〔上記書類の写し〕

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。

◇郵送先、お問い合せ先

〒８８０－８５０１（住所不要）※郵便番号と担当課名の記載のみで届きます。

宮崎県 福祉保健部 障がい福祉課　　（電話）０９８５－２６－７０６８