様式第3号(第7条関係)		
宮崎県障がいる	者等用駐車場(おもいやり駐車場)利用	<u> </u>
	- 4,104-1 % (V C V) 4-1 % (V) 4,100	
宮崎県知事殿		1 74 1
	₸	
	'	
	住 所	
申請者	氏 名	
	- 大左日口 T / C / U / D - 左	
	<u>生年月日 </u>	月 日
	電話番号 () 一	
(代理申請され	<u>~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~</u>	
	<u>Ŧ</u>	
	0	
	住 所	
代理人	氏 名	
10至人	Д 1	
	電話番号 () 一	
	本人との関係	
私は、下記の事項に同意の	りうえ、利用証を申請します。	
(すべての□にチェックして	こください。)	
□ 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、		1.11.11.6
□ 有効期間の満了(妊産婦	貸与等をしません。 ・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
□ 有効期間の満了(妊産婦 利用証を返還します。	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の	
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き	
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利 であることを理解します。	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川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
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェ、	がある場合に利用できるもの
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川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 ッ クを入れてください 。)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェッ 記入してください。) 等級・病名等	がある場合に利用できるもの
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分 □ 視 覚:4級以上	 ・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェッ語入してください。) 等級・病名等 等級())級 	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン 記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ッ クを入れてください 。)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	 ・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン 記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の和であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン 記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン 記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ックを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄)
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の和であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 川用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの タクを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) □ 身体障害者手帳
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ***********************************
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語記入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの ***********************************
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の和であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの かった入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 原育手帳 精神障害者手帳 「精神障害者手帳 「対護保険被保険者証
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分視 覚:4級以上 平衡機能:5級以上 上 肢:2級以上 上 肢:2級以上	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き 図用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き 図にチェン語入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの かった入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 原育手帳 精神障害者手帳 介護保険被保険者証 特定医療費 (指定難病) 受給者証等
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の和であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語入してください。) 等級・病名等	がある場合に利用できるもの ***********************************
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分別であるでは、2級以上平衡機能:5級以上上上度:2級以上下度:4級以上中が、1級原上肢:2級以上間原序動:6級以上的時がい:障害程度A精神障がい:1級高齢者:等定医療費(指定難病)受給者妊産婦:産前4ヶ月~産後3ヶ月けが人等:車いす、杖使用期間等	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き 図用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き 図にチェン語入してください。) 等級・病名等 等級()級 等級()級	がある場合に利用できるもの かった入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 原育手帳 精神障害者手帳 介護保険被保険者証 特定医療費 (指定難病) 受給者証等
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語 記入してください。)	がある場合に利用できるもの かっを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者手帳 介護保険被保険者証 特定医療費 (指定難病) 受給者証等 母子健康手帳 お子健康手帳 お当所書等
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分別であるでは、1級以上では、1級以上では、1級以上では、1級以上では、1級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上の部機能・4級以上を対応がい・管害程度A精神障がい・1級高齢者・特定医療費(指定難病)受給者妊産婦・産前4ヶ月~産後3ヶ月けが人等・車いす、杖使用期間等	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語入してください。) 等級・病名等	がある場合に利用できるもの かっを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者手帳 介護保険被保険者証 特定医療費 (指定難病) 受給者証等 母子健康手帳 お子健康手帳 お当所書等
□ 有効期間の満了(妊産婦利用証を返還します。 □ 本制度は対象駐車場の利であることを理解します。 ○車いすの使用の有無 ○障がいの状況等(必要事項を利用証交付対象区分	・けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の 別用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空き □あり・□なし(該当する項目の□にチェン語 記入してください。)	がある場合に利用できるもの かっを入れてください。) 確認書類(窓口記載欄) 身体障害者手帳 身体障害者手帳 持神障害者手帳 分護保険被保険者証 特定医療費(指定難病)受給者証等 分子健康手帳 診断書等

~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