

三重おもいやり駐車場利用証

新規
更新

交付申請書

三重県知事 へ
利用証交付市町長 へ

平成 年 月 日

〒 _____

住 所 _____

ふりがな _____ 利用証番号(更新の場合のみ記入)

申請者 氏 名 _____ [_____]

(本人)生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

電話番号 (_____)

【代理人が窓口にお越しの場合は、裏面の代理人記入欄にも記載してください。】

下記のとおり歩行が困難であるため利用証の交付を申請します。

1 歩行困難(駐車場の利用に配慮が必要)の状況

【該当する項目の口にレを入れてください。】

- 視覚障がい、聴覚障がい、平衡機能障がい又は肢体不自由である。
- 移動の際に介助や特別な用具を要する。
- 下肢に震え、すくみが起こる。
- 内部疾患により、めまい、息切れ等が起こる。
- 歩行の際に介助者の特別な注意を要する。
- 妊娠中で足下の確認が困難である、または、満1歳6か月までの子どもを同伴している。
- その他(_____)

2 区分等【該当する区分に○をつけ、確認書類の番号等欄に必要事項を記入してください。(太線内)】

| 区 分 | | 交 付 要 件 | 確認書類の番号等 | |
|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------|
| ① 障 がい 者 | 視覚障がい | 1.2.3.4 級 | 身体障害者手帳 番号 (_____) | |
| | 聴覚障がい | 2.3 級 | | |
| | 平衡機能障がい | 3.5 級 | | |
| | 肢体不自由 | 上肢 | | 1.2 級 |
| | | 下肢 | | 1.2.3.4.5.6 級 |
| | | 体幹 | | 1.2.3.5 級 |
| | 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい | 上肢機能 | | 1.2 級 |
| | | 移動機能 | | 1.2.3.4.5.6 級 |
| | 心臓・じん臓・呼吸器・小腸・ぼうこう又は直腸の機能障がい | | | 1.3.4 級 |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい・肝臓機能障がい | | 1.2.3.4 級 | | |
| 知的障がい | 療育手帳の障害程度 A | 療育手帳 番号 (_____) | | |
| 精神障がい | 精神障害者保健福祉手帳 1 級 | 精神障害者保健福祉手帳 番号 (_____) | | |
| ② 要介護高齢者等 | 要介護 1.2.3.4.5 | 介護保険被保険者証 番号 (_____) | | |
| ③ 難病患者 | 特定疾患医療受給者、特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療受給者 | 受給者証 又は 受診券 番号 (_____) | | |
| ④ 妊産婦等 | 母子健康手帳交付～産後1年6か月 | 母子健康手帳番号(_____) 出産(予定)日: 年 月 日 | | |
| ⑤ けが人 | けがによる一時的な歩行困難者で、駐車場の利用に配慮が必要な方 | 医師の証明書等 及び 身分証明書 歩行困難な期間: 年 月 日まで | | |
| ⑥ その他 | 上記以外の歩行困難者で、駐車場の利用に配慮が必要な方 | 医師の証明書等 及び 身分証明書 歩行困難な期間: 年 月 日まで | | |



【窓口で確認書類等を提示してください。⑤、⑥の確認書類(医師の証明書等)は原本等を提出してください】 裏面もご記入ください

| | |
|------|--|
| 受付印欄 | |
| 市町 | |
| 県 | |

3 確認事項

私は、「三重おもいやり駐車場利用証制度」について、次のことに同意し、利用証を申請します。

【各文末の「はい」などの部分に○印をつけて下さい。不明な点があれば、下記までお問い合わせください。】

- 1 私は、「おもいやり駐車場」が満車の場合には、利用証を持っていても駐車できないことがあることを理解します。（ はい ）
- 2 私は、体調が良い、同乗者の補助を受けられる場合など、歩行や乗り降りに支障がない場合には、おもいやり駐車区画をゆずります。（ はい ）
- 3 私は、自動車に乗り降りするとき、 マークのついた区画幅（ドアを全開にするための3.5mの区画幅）が（ 必要です ・ 必要ありません ）。
乗り降り等に支障がない時には、車イスなどを使う方のために、 マークのついた区画（幅の広い区画）をゆずります。（ はい ）
- 4 私は、有効期間の満了や、障がいの軽減などにより、利用証の交付対象でなくなった場合はこれを返却します。（ はい ）

代理人記入欄 代理人が窓口にお越しの場合はご記入をお願いします。

住 所 申請者と同じ

〒 _____

代 理 人 氏 名 _____

電話番号（ _____ ）

【代理人の本人確認書類（運転免許証等）を提示してください。】

- ・ 記載された個人情報、「三重おもいやり駐車場利用証」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。
- ・ 医師の証明書等の記載内容に関し、歩行が困難な状況について医師に確認することがあります。
- ・ 後日、利用実態についてのアンケートをお願いすることがあります。

同意する 同意しない

◇ お問い合わせ先・郵送先

三重県 健康福祉部 地域福祉課 ユニバーサルデザイン班

〒514-8570 津市広明町13

電話：059-224-3349 FAX：059-224-3085 電子メール：ud@pref.mie.jp

【受付窓口等記入欄：申請者は記入しないでください。】

代理人への利用証の送付（ あり）※代理人へ利用証を送付する場合のみチェックする。

| | | | |
|---------------------|--|--|--|
| 窓口 確認 の 状況 | <input type="checkbox"/> 証明書類提示済み 各種手帳、被保険者証、受給者証 受診券、医師の証明書・診断書、 台帳により確認（ ） | 代理人の 確 認 書 類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| | | <input type="checkbox"/> 利用証交付日 <input type="checkbox"/> シール交付日 | 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 即日交付 |
| | <input type="checkbox"/> 利用証（更新の場合のみ） | 利用証番号 | <input type="checkbox"/> 再交付扱い |
| | 有効期限 | 平成 年 月 / 無期限 | |