

三重おもいやり駐車場利用証(新規/更新)申請書

三重県知事あて

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 申請者情報

		氏 (Last Name)		名 (First Name)	
フリガナ					
氏名(Name)					
電話番号(TEL)					
生年月日 (Day of Birth)	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和		年	月
	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	日		
郵便番号	〒				
都道府県	<input type="checkbox"/> 三重県	<input type="checkbox"/> 他都道府県		()
以降の住所 (Address)	(送付先の住所が住民票と異なる場合は、必ず送付先をメモ等でお知らせください。)				

受付印欄	
市町	
県	

【代理人記入欄】

氏名	
電話番号	
<input type="checkbox"/> 住所が申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 住所が申請者と異なる(下記をご記入ください)

2 区分 次の□のうち、いずれか当てはまるものにチェックを入れてください。必要な確認書類等は裏面をご覧ください。

<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者	<input type="checkbox"/> 要介護高齢者等
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

3 確認事項 文末の□のうち、いずれか当てはまる方にチェックを入れてください。

1.	車いすマーク  のついた幅の広い駐車区画が (<input type="checkbox"/> 必要です ・ <input type="checkbox"/> 必要ありません)
----	---

.....
【受付窓口記入欄：申請者は記入しないでください】

	令和	年	月		
--	----	---	---	--	--

【注意事項】 ご確認のうえ、左の□にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	「おもいやり駐車場」が満車の場合には、 <u>利用証を持っていても駐車できないことがあります。</u>
<input type="checkbox"/>	体調が良いときや、同乗者の補助を受けられる場合など、 <u>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お譲りください。</u>
<input type="checkbox"/>	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利用証を返却してください。

【参考：区分ごとの要件】

身体障がい者 <small>Individuals with disability</small>	視覚障がい [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]級
	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
	脳原性運動機能障がい 上肢 [1 ・ 2]級 移動 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6]級
	心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸機能障がい [1 ・ 3 ・ 4]級
	免疫・肝臓機能障がい [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4]級
知的障がい者 <small>Individuals with intellectual disability</small>	[A]
精神障がい者 <small>Individuals with mental disorder</small>	[1]級
要介護高齢者等 <small>Elderly individuals that require nursing care</small>	要介護度 [1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]
難病患者 <small>Individuals with intractable or terminal illness</small>	特定疾患医療受給者、特定医療費（指定難病）受給者、 または小児慢性特性疾病医療受給者
妊産婦等 <small>Pregnant women</small>	母子健康手帳など、出産（予定）日がわかるものを提示してください。
けが人 <small>Injured individuals</small>	確認書類（「医師の証明書」等）の原本を提出してください。

- ・ 提供された個人情報、本制度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に関し、未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。

◇ お問い合わせ先・郵送先

三重県 子ども・福祉部 家庭福祉・施設整備課 施設整備・ユニバーサルデザイン班
 〒514 - 8570 津市広明町 1 3