

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 あて

利用証交付市町長 あて

年 月 日

〒

住 所 (Address)

ふりがな

利用証番号(更新の場合のみ記入)

申請者 氏 名 (Name) [

(本人)生年月日 (Date of birth) 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 (Tel) ()

【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□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2歳(多胎児の場合、満3歳)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 (Individuals with Disability)	身体障がい	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		
	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 ()		
② 要介護高齢者等 (Elderly individuals that require nursing care)		要介護 1 . 2 . 3 . 4 . 5		介護保険被保険者証 番号 ()		
③ 難病患者 (Individuals with intractable or terminal illness)		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 (Pregnant women)		母子健康手帳交付～産後2年(多胎児は3年) □単胎児 ・ □多胎児		母子健康手帳番号() 出産(予定)日: 年 月 日		
⑤ けが人 (Injured individuals)		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 歩行困難な期間: 年 月 日まで		
⑥ その他 (Other)		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 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

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、利用証を持っていたとし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。】

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

- ・ 記載された個人情報は、「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 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13

電話：059-224-3349 FAX：059-224-**2270** 電子メール：ud@pref.mie.lg.jp

【受付窓口等記入欄：申請者は記入しないでください。】

窓口 確認 の 状況	☐ 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（ ） ☐ 利用証（更新の場合のみ）	代 理 人 の 確 認 書 類	☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）	
		□利用証交付日	年 月 日	□即日交付
		□シール交付日		
		利 用 証 番 号		□再交付扱い
		有 効 期 限	年 月 / 無 期 限	