

記入例

様式第2号(第4条関係)

(表面)

新潟県おもいやり駐車場制度利用証交付申請書(新規・更新・再交付)

新潟県知事 様

いずれかを○で囲んでください。
(有効期限切れによる申請→更新、紛失等による申請→再交付)

令和 ○年 ○月 ○日

記入日を記入してください。

代理人が申請書を記入される場合に記入してください。
(代理人の範囲は問いません) 電話番号も必ず記入してください。

住所 新潟県中央区新光町4-1

申請者本人 氏名 新潟 花子
電話番号 025-280-5211

歩行が困難等の状況を該当する項目の□にレを入れてください。その他の場合は、具体的な状況を記入してください。

代理人 氏名 新潟 太郎
続柄 子
電話番号 025-280-5211

歩行が困難等の状況であるため、確認事項に同意のうえ、おもいやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

1 歩行困難等の状況(該当する項目の□にレを記入し、必要箇所を級数等を記入)

- 視覚障害、平衡機能障害又は肢体不自由
- 内部疾患、病気等により、めまい、息切れ等
- 歩行の際に介助や特別な器具などを有する
- 下肢にふるえ、すくみが起きるため歩行が困難
- 歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする
- その他(上記以外の場合は具体的な状況を記入)

妊産婦の方はその他欄の□にレを入れ、歩行困難な具体的な状況を記入してください。

(記載例)

- ・お腹が大きくて歩くことが難しい。
- ・つわりがひどく体調が悪いことが多い。
- ・子どもが小さく乗せ降ろしに広いスペースが必要。

2 使用区分・障害等の状況等(該当する□にレを記入し、必要箇所に級数等を記入)

使用区分	障害等の状況
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 ____級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 ____級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 ____級 下肢 ____級 体幹 ____級 脳原性 上肢機能 ____級 移動機能 ____級
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障害 2級
<input type="checkbox"/> 難病患者	<input type="checkbox"/> 要支援(1 2) <input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5)
<input type="checkbox"/> 知的障害者	特定疾患医療受給者及び特定医療費(指定医療)受給者
<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
<input type="checkbox"/> 発達障害のある者	歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者
<input type="checkbox"/> 妊産婦	<input type="checkbox"/> 出産(分娩予定)日: ____年 ____月 ____日
<input type="checkbox"/> その他(けが人、病気等)	<input type="checkbox"/> 必要とする期間: ____ヶ月間

該当する箇所の□にレを記入してください。

身体障害者手帳の等級を記入してください。

該当箇所を○で囲んでください。

更新の方等は、現利用証の返却状況の該当するものに、○を付して下さい。また、交付番号等も記入して下さい。

理由を下記の該当する箇所にチェックまたは記載してください。

その他[具体的に()]

こちらの欄は記入しないで下さい。

現利用証返却	済・未・紛失
交付番号	
有効期限	年 月

裏面も御記入ください

交付番号	
有効期限	年 月

おもいやり駐車場を皆様が気持ちよく使うために、確認事項欄の内容に同意し、全ての□にレを記入してください。

(裏面)

3 確認事項

私は、「新潟県おもいやり駐車場制度」について、次のことに同意し、利用証を申請します。(各項目を理解し、同意された方は、□にレを記入してください。)

「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を理解します。

【車椅子利用者やお腹の大きい妊婦以外の方】

広幅と通常幅の両方のおもいやり駐車場がある場合は、可能な限り広幅の方は車椅子利用者等に譲るよう努めます。(車椅子利用者やお腹の大きい妊婦は乗り降りする際に車のドアを全開にする必要があるため。)

介助者が同乗しているときや、体調が良いときなど、歩行や乗り降りに支障がないときは、車椅子利用者等、より歩行が困難な方のために、一般の駐車場に駐車します。

同乗者がいる場合は、当スペースで歩行困難な方が乗り降りされた後は、一般駐車場に移動していただくようお願いします。(歩行困難な方が常時介助等必要な場合は除く。)
乳幼児連れの場合も、抱っこされる同乗者がいる場合は、一般駐車場を御利用ください。

内部障害や精神障害等、歩行交付対象であることを理解します。

利用証を他人に譲渡、貸与又は持ちこたせたりしてはなりません。

有効期間の満了後は、利用証の利用ができません。障害程度の軽減等により歩行が困難な場合は、利用証を返却します。

～ 注意

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下

①氏名
②住所
③障害等の状況など交付基準に該当することが分かる箇所
が入るようにコピーして添付してください。

母子健康手帳の氏名及び交付日が分かる箇所(表紙)をコピーして添付してください。

(初めて申請する場合)・更新申請(有効期限後の利用を更に申請する場合)】

身体障害者……身体障害者手帳(写し)

介護保険被保険者証(写し)

特定疾患医療受給者証又は特定医療費(指定難病)受給者証(写し)

療育手帳(写し)

精神障害者保健福祉手帳(写し)

身体障害……医師等の診断を記載した書面(原本)

○ 妊産婦……母子健康手帳(写し)(妊娠7か月(妊娠24週)より医師の診断を記載した書面(原本)及び母子健康手帳(写し))

○ その他けが人、病気等……医師の診断を記載した書面(原本)

※更新申請で、窓口で申請する場合は、現在使用している利用証もご持参ください。

①傷病名
②歩行困難であること
③歩行困難な期間
が分かる医師の診断を記載した書面(書面の様式は問いません)を添付してください。

【再交付申請(破損・紛失等で利用証が使用できなくなった場合)】

再交付申請において、前回の申請内容と変更がない場合、添付書類は不要です。

郵送での申請や利用証の返却は、右記まで送付をお願いします。

〒950-8570

新潟市中央区新光町 4-1

新潟県庁障害福祉課

おもいやり駐車場担当 行

× きりとり ×

× きりとり ×