

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 Y 年 M 月 D 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)	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 (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

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。】

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、「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 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.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	<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() <input type="checkbox"/> 利用証(更新の場合のみ)	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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 即日交付
		利用証番号		<input type="checkbox"/> 再交付扱い
		有効期限	年 月 / 無期限	