

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)	市町	受付印欄
フリガナ				
氏名(Name)			県	
電話番号(TEL)	— —			
生年月日 (Day of Birth)	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
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。)			


【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)
郵便番号	〒 —
住所	
	<input type="checkbox"/> ←代理人へ利用証を送付する場合はチェックを入れてください。

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
<input type="checkbox"/> 難病患者	<input type="checkbox"/> けが人	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 妊産婦等 (<input type="checkbox"/> 単胎児 ・ <input type="checkbox"/> 多胎児)		出産(予定)日 (令和 年 月 日)	

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) ※車いすを利用している等、特段の事情がなければ「必要ありません」にチェックしてください。
2.	後日、利用実態についてのアンケートへの協力に (<input type="checkbox"/> 同意します ・ <input type="checkbox"/> 同意しません)

【受付窓口記入欄:申請者は記入しないでください】 申請者の証明書類の確認 代理人の本人確認

交付日	令和 年 月 日	利用証	<input type="checkbox"/> A
有効期限	<input type="checkbox"/> 無期限 / 令和 年 月	番号	<input type="checkbox"/> B

【注意事項】 ご確認のうえ、左の口にチェックをしてください。

□	「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>
□	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>
□	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 <u>返却してください。</u>

【参考：区分ごとの要件】

身体障がい者 Individuals with disability	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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>上肢 [1・2]級</td> </tr> <tr> <td>下肢 [1・2・3・4・5・6]級</td> </tr> <tr> <td>体幹 [1・2・3・5]級</td> </tr> </table>	上肢 [1・2]級	下肢 [1・2・3・4・5・6]級	体幹 [1・2・3・5]級
	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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>上肢 [1・2]級</td> </tr> <tr> <td>移動 [1・2・3・4・5・6]級</td> </tr> </table>	上肢 [1・2]級	移動 [1・2・3・4・5・6]級		
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 Individuals with intellectual disability	[A]			
精神障がい者 Individuals with mental disorder	[1]級			
要介護高齢者等 Elderly individuals that require nursing care	要介護度 [1・2・3・4・5]			
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)受給者、または小児慢性特定疾病医療受給者			
妊産婦等 Pregnant women	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 Injured individuals	確認書類(「医師の証明書」等)の原本を提出してください。			
その他 Other	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は、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、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。
- ・ 現住所と住民票の住所が異なる場合は、住所記入欄に住民票の住所をご記入いただき、送付先住所をメモを貼付する等してお知らせください。(郵送先が不明な場合、利用証をお渡しできなくなります。)

◇ 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13

電話:059-224-3349

FAX:059-224-2270

電子メール:ud@pref.mie.lg.jp