

大分あったか・は一と駐車場利用証交付申請書

私は、駐車場の利用に配慮が必要であるため、大分あったか・は一と駐車場利用証の交付を申請します。

年 月 日

申請者	〒 _____	住 所 _____	<input type="checkbox"/> 利用証送付
	<small>(ふりがな)</small>		
	氏 名 _____		
	電話番号 _____		

代理人	〒 _____	住 所 _____	<input type="checkbox"/> 利用証送付
	<small>(ふりがな)</small>		
	氏 名 _____		
	電話番号 _____		

申請者承諾 承諾を得ている
※チェックを入れてください。

使用区分 障がいのある 状況等	<p>該当する項目の<input type="checkbox"/>にチェックを入れ、必要事項を記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障がいのある方</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">視覚障害</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級</td> </tr> <tr> <td>聴覚障害</td> <td><input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級</td> </tr> <tr> <td>平衡機能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級</td> </tr> <tr> <td>肢体不自由</td> <td> <table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>運動機能障害</td> <td> <table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>内部障害</td> <td> <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 知的障がいのある方 <input type="checkbox"/> A</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障がいのある方 <input type="checkbox"/> 1級</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者 要介護度 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p><input type="checkbox"/> 難病の方 病名: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 妊産婦 出産(予定)日 _____ 年 月 日 (<input type="checkbox"/> 単胎児 ・ <input type="checkbox"/> 多胎児)</p> <p><input type="checkbox"/> けが人 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖等 使用期間 _____ 年 月 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>	視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級	肢体不自由	<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級</td> </tr> </table>	上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	下肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	体幹	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級	運動機能障害	<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> </table>	上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	移動	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	内部障害	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級																						
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級																						
平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級																						
肢体不自由	<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級</td> </tr> </table>	上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	下肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級	体幹	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級																
上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級																						
下肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級																						
体幹	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級																						
運動機能障害	<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-left: 20px;">上肢</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td><input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級</td> </tr> </table>	上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	移動	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級																		
上肢	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級																						
移動	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級																						
内部障害	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> じん臓 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級																						
車いすの 使用状況	妊産婦、けが人以外の方で該当する場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 車いすを常時使用している																						

申請の際には、確認書類の提示が必要です。裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※以下は記入不要です。

書類確認者		利用証の種類	車いす・その他(長期)・その他(短期)		
交付番号	—	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月

(裏面)

～ 注 意 事 項 ～

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類(郵送の場合は写しを添付)を提示してください。

- 身体障がいのある方・・・身体障害者手帳
〔写しの場合：住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるページ〕
- 知的障がいのある方・・・療育手帳
〔写しの場合：住所、氏名、障害の程度の記載があるページ〕
- 精神障がいのある方・・・精神障害者保健福祉手帳
〔写しの場合：住所、氏名、障害等級の記載があるページ〕
- 介護保険被保険者・・・介護保険被保険者証
〔写しの場合：住所、氏名、要介護状態区分の記載があるページ〕
- 難病の方・・・特定疾患医療受給者証、特定医療費(指定難病)受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証
(写しの場合：住所、氏名、病名の記載があるページ)
- 妊産婦・・・母子健康手帳(多胎児妊娠の場合は、人数分)
〔写しの場合：住所、氏名、出生年月日(又は分娩予定日)の記載があるページ〕
- けが人・・・医師の診断書等(歩行困難な旨及び車いす、杖等の使用期間が明記されているもの)及び身分証明書(本人確認書類)
(写しの場合：上記の写し)
- その他・・・医師の診断書等(駐車場の利用に配慮が必要である旨と期間(*)が明記されたもの)と身分証明書
(写しの場合：上記の写し)

※駐車場の利用に配慮が必要である例

(例1) ○○(病名等)により△△か月の間、歩行が困難である

(例2) 知的障がいや精神障がい(ADHDなどの発達障がい)により、突発的な飛び出しや座り込みが見込まれ、駐車場内における行動に危険が伴う。

※本人以外の方が窓口申請される場合は、上記書類に加えて、代理人の方の身分証明(運転免許証、保険証等)をお持ちください。

代理人申請の場合は、本人の承諾を得ていることが必要です。

※利用証は、対象となる方が駐車場を利用(乗降)する場合(同乗している場合を含む。)に限り利用できます。

◆ 郵送先・お問い合わせ先 ◆

大分県福祉保健部福祉保健企画課

〒870-8501 大分市大手町3丁目1番1号

電話 097-506-2591