

## 大分あったか・は一と駐車場利用証再交付申請書

大分あったか・は一と駐車場利用証の再交付を申請します。

年 月 日

<b>申請者</b>	〒 _____ 住 所 _____ <input type="checkbox"/> 利用証送付 <small>(ふりがな)</small> 氏 名 _____ 電話番号 _____ - _____
<b>代理人</b>	〒 _____ 住 所 _____ <input type="checkbox"/> 利用証送付 <small>(ふりがな)</small> 氏 名 _____ 電話番号 _____ - _____
<b>使用区分</b>	該当する項目の <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> <b>身体障がいのある方</b> <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由    ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹) <input type="checkbox"/> 運動機能障害    ( <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 移動) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> <b>知的障がいのある方</b> <input type="checkbox"/> <b>精神障がいのある方</b> <input type="checkbox"/> <b>介護保険被保険者</b> <input type="checkbox"/> <b>難病の方</b> <input type="checkbox"/> <b>妊産婦</b> ( <input type="checkbox"/> 単胎児 ・ <input type="checkbox"/> 多胎児 ) <input type="checkbox"/> <b>けが人</b> <input type="checkbox"/> <b>その他</b>
既交付利用証	交付番号    _____    有効期限    _____ 年 月
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 (状況： _____ )

**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