

埼玉県思いやり駐車場制度利用証 交付申請書



申請日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

埼玉県知事 様

以下のとおり、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

(〒 _____)

申請者 (交付対象者) 住所： _____
ふりがな
 氏名： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
 電話番号： _____

※ 申請者が未成年の場合、その他代理人による申請の場合は、裏面の「代理人申請欄」の記入をお願いします。

歩行困難等の状況	<input type="checkbox"/> 障害、病気等のため、歩行が困難である。 <input type="checkbox"/> 障害、病気等のため、移動の際に特別な配慮が必要である。	
該当する交付基準 ※該当する項目の□にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 身体障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
		<input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 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
		<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"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓
		<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> ㊤ <input type="checkbox"/> A
		<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 1級
	<input type="checkbox"/> 難病患者 病名： _____	
	<input type="checkbox"/> 高齢者等 要介護区分 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	<input type="checkbox"/> 妊産婦 出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	<input type="checkbox"/> その他の方 必要とする期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ※要診断書等	
	車椅子の使用状況 ※「車椅子使用者用利用証」の交付を希望される場合は、該当する項目の□にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 移動の際は車椅子を常時使用している。 <input type="checkbox"/> 肢体不自由（下肢）の1級又は2級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由（体幹）の1級、2級又は3級 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害（移動）の1級又は2級 <input type="checkbox"/> 高齢者等 要介護3、4又は5 <input type="checkbox"/> その他 ※要診断書等 （具体的な状況： _____)

※ 裏面も必ずご記入、ご確認ください。

(※以下は記載不要)

交付年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	交付番号	_____	利用証種類	<input type="checkbox"/> 青色 <input type="checkbox"/> 緑色 <input type="checkbox"/> オレンジ色	有効期間	_____ 年 _____ 月から _____ 年 _____ 月まで	交付台帳入力	
-------	-------------------------	------	-------	-------	--	------	-------------------------------------	--------	--

(裏面)

同意事項

私は、「埼玉県思いやり駐車場制度」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、□にチェックを入れてください。)

- 私は、「高齢者、障害者等のための駐車施設」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。
- 体調がよい場合や同乗者の介助などにより歩行や車からの乗降が容易となる場合は、必要とする方のために、一般の駐車区画を利用します。
- 車椅子を常時使用する方(青色の利用証をお持ちの方)は、ドアを全開にしなければ車から乗降できないことを理解し、車椅子使用者用駐車区画は、青色の利用証を所持している方を必ず優先します。
- 障害程度の軽減や要介護度の見直し等により交付基準に該当しなくなったときは利用証を返却します。有効期間を満了したときは利用証を返却もしくは破棄します。
- 利用証は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外のものに貸与若しくは使用させたり、譲渡することはしません。
- その他、埼玉県思いやり駐車場制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

添付書類等

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類等(住所・氏名・生年月日・交付基準に該当することが確認できる箇所)を提示又は添付してください。

- (1) 身体障害者・・・身体障害者手帳の写し
- (2) 知的障害者・・・療育手帳の写し
- (3) 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳の写し
- (4) 難病患者・・・①指定難病医療受給者証の写し
②特定疾患医療受給者証の写し
③小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- (5) 高齢者・・・介護保険被保険者証の写し
- (6) 妊産婦・・・母子健康手帳の写し ※表紙及び出産(分娩)予定日の記載があるページ
- (7) その他の方・・・医師の診断書・意見書等(3箇月以内のものに限る。)及び身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し

2 郵送申請の場合は、以下に関係書類を送付してください。また、電子申請も可能です。

郵送申請先：〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1 埼玉県福祉部福祉政策課政策企画担当
電話：048-830-3223 FAX：048-830-4801

【代理人申請欄】

代理人が申請する場合は、以下に必要事項を記載の上、代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを提示又は添付してください。

代理人氏名	申請者との続柄
代理人住所	
代理人電話番号	
確認事項 ※右の項目に該当することを確認の上、□にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 交付対象者の承諾を得ている(又は法定代理人である) <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し <input type="checkbox"/> 法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合)

※ 記載された個人情報、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付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。