

「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証（再）交付申請書

私は、歩行困難なため、「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証の（再）交付を申請します。

年 月 日

記入日を記載してください。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇
 申請者 住 所 〇〇市 △△△町 1-2-3

(歩行困難な方)

ふりがな おかやま たろう

氏 名 岡 山 太 郎

電話番号 〇〇〇 - △△△ - □□□□

1 交付区分 該当する方に丸をつけてください。

交付 ・ 再交付 （有効期間満了は除く）

・該当する方に「〇」してください。
 ・再交付の方は、下記「3 再交付申請の理由等」の方にも記入してください。

2 使用区分・障害の状況等 該当する項目の口にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

身体障害のある方（身体障害者手帳をお持ちの方）

- ・視覚障害 1級、 2級、 3級、 4級
- ・平衡機能障害 3級、 5級
- ・肢体不自由（上肢） 1級、 2級
- ・肢体不自由（下肢） 1級、 2級、 3級、 4級、 5級、 6級
- ・肢体不自由（体幹） 1級、 2級、 3級、 5級
- ・運動機能障害・上肢 1級、 2級
- ・運動機能障害・移動 1級、 2級、 3級、 4級、 5級、 6級
- ・内部障害【心臓（ 級）、じん臓（ 級）、呼吸器（ 1級）、
ぼうこう又は直腸（ 級）、小腸（ 級）、免疫（ 級）、肝臓（ 級）】

該当する口にチェック（✓）を入れてください。

内部障害の方は、該当する障害の口にチェック（✓）を入れるとともに、障害等級も記入してください。

知的障害のある方 療育手帳A

精神障害のある方 精神障害者保健福祉手帳1級

高 齢 の 方 介護保険被保険者証〔要介護〕 1、 2、 3、 4、 5

難 病 の 方 病名 _____

妊 産 婦 単胎 多胎 出産（予定）日 _____（20__）年 ____ 月

け が 人 （車いす 杖など） 使用期間（予定） ____ か月

〔けがの状況 _____〕

〔受診医療機関 _____〕

そ の 他 （ _____ ）

診断書から歩行困難な理由を記入してください。
 （診断書に記載されている傷病名など）

3 再交付申請の理由等（1で再交付に丸をつけた場合に記入。）

➢ 該当する項目の口にチェックを入れ、状況を記入してください。

➢ 紛 失 破 損 その他

➢ （状況： _____）

➢ ※旧利用証（赤色の利用証のみ記載）：交付番号 _____ 有効期限 20 ____ 年 ____ 月

※太字枠内をご記入ください。

※申請の際には、身体障害者手帳等の確認書類必要ですので、裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※代理の方が窓口に来られる場合は、裏面の必要事項を記入の上、本人確認書類（運転免許証・保険証等）をご持参ください。

（受付窓口記入欄）

書類確認	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> ()	利用証の種類	どちらかに☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 赤	(再) 交付番号 (赤色の利用証)	
交付窓口	県庁障害福祉課	交付年月日	年 月 日	有効期限 (赤色の利用証)	20 年 月

～ 注 意 事 項 ～

- 1 窓口で申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示してください。
 - 身体障害のある方・・・身体障害者手帳
 - 知的障害のある方・・・療育手帳
 - 精神障害のある方・・・精神障害者保健福祉手帳
 - 高 齢 の 方・・・介護保険被保険者証
 - 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
 - 妊 産 婦・・・母子健康手帳
 - け が 人・・・医師の診断書等、本人確認書類（運転免許証・保険証等）
 - そ の 他・・・医師の診断書等、本人確認書類（運転免許証・保険証等）

- 2 郵送申請の場合は、確認のために、それぞれ次のものの写しを添付し、利用証送付用180円切手とともに、県庁障害福祉課宛に送付ください。代理人が申請する場合には、本人確認書類（運転免許証等）の写しを添付してください。
 - 身体障害のある方・・・身体障害者手帳〔住所、氏名、障害等級、障害名の記載のあるところ〕
 - 知的障害のある方・・・療育手帳〔住所、氏名、障害の程度のあるところ〕
 - 精神障害のある方・・・精神障害者保健福祉手帳〔住所、氏名、障害等級のあるところ〕
 - 高 齢 の 方・・・介護保険被保険者証〔住所、氏名、要介護状態区分のあるところ〕
 - 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〔住所、氏名、病名の記載のあるところ〕
 - 妊 産 婦・・・母子健康手帳
〔住所、氏名、出生年月日（又は分娩予定日）の記載のあるところ〕
 - け が 人・・・医師の診断書等、本人確認書類（運転免許証・保険証等）
 - そ の 他・・・医師の診断書等、本人確認書類（運転免許証・保険証等）

※利用証は、対象となる方が駐車場を利用する場合（同乗されている場合も含む）に限り利用できます。

※同乗者の介助などにより、歩行や車の乗り降りに支障がないときは、利用証を交付されている方の乗り降りが終わり次第、自動車を一般駐車場へ移動いただくなど、配慮をお願いします。

※申請書は、県庁障害福祉課、県民局健康福祉部、県保健所（支所を含む）、県福祉相談センター、各市町村の窓口のほか、郵送（県庁障害福祉課のみ）でも受付しています。

【代理人記入欄】※本人の承諾を得ていることが必要です。

代理人氏名	岡 山 花 子
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる ※住所が違う場合は、下記括弧にご記載ください。 [△△△市 ○○○町 4-5-6]
代理人電話番号	△△△ - ○○○○ - □□□□
本人の承諾	<input checked="" type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※チェックをいれてください。

代理人電話番号について
申請者と同じ場合は、省略しても構いません。
ただし、携帯番号など連絡先が違う場合は、記入してください。

※記載された個人情報は、「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証の交付等の事務で使用し、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。

◇郵送先・お問い合わせ先◇
 岡山県子ども・福祉部障害福祉課 福祉推進班
 〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6
 電 話 086-226-7362