



# ひとにやさしい駐車場利用証制度 ご案内

岩手県では、公共施設や商業施設などにある車椅子用の駐車場の適正利用を図るため、「ひとにやさしい駐車場利用証」を発行しています。車椅子用の駐車区画を利用される方には、利用証を自動車に掲示いただいています。

## 車椅子用の駐車区画の 利用対象の方は？

下記に該当し、車椅子用の駐車場を必要とする方です。  
(自動車を運転されない方も、下記に該当される方は含みます。)

### ○障害者手帳を受けられている方

※ 一部対象外となることがあります。裏面をご覧ください。  
お問い合わせください。

### ○介護保険で要介護1以上の認定を受けられている方

### ○妊娠から産後1年の妊産婦の方

### ○難病のため特定医療費の認定を受けられている方

### ○けが等で歩行困難の旨医師診断を受けられている方



#### ← 利用証

自動車車内のルーム  
ミラー等見えやすい場所  
に掲示します。



→ 利用証を  
お持ちの方の  
優先駐車場の  
表示です

利用証申請書が裏面についています。

お近くの下記窓口にお持ちいただくか、郵送またはFAXによりお申込みください。

※ 詳細はホームページで「岩手県 ひとにやさしい駐車場利用証」で検索してください。

| 窓口                                                  | 電話番号         | FAX番号        | 担当地域                                 |
|-----------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------------------------------|
| 盛岡広域振興局保健福祉環境部<br>住所等：〒020-0023 盛岡市内丸11-1           | 019-629-6567 | 019-629-6579 | 盛岡市、八幡平市、滝沢市、雫石町、<br>葛巻町、岩手町、紫波町、矢巾町 |
| 県南広域振興局保健福祉環境部<br>住所等：〒023-0053 奥州市水沢大手町5-5         | 0197-22-2862 | 0197-48-2428 | 奥州市、金ヶ崎町                             |
| 県南広域振興局花巻保健福祉環境センター<br>住所等：〒025-0075 花巻市花城町1-41     | 0198-22-4921 | 0198-24-9240 | 花巻市、北上市、遠野市、西和賀町                     |
| 県南広域振興局花巻保健福祉環境センター北上市駐在<br>住所等：〒024-8520 北上市芳町2-8  | 0197-65-2732 | 0197-65-2496 | (北上市、西和賀町に係る申請受付)                    |
| 県南広域振興局一関保健福祉環境センター<br>住所等：〒021-8503 一関市竹山町7-5      | 0191-26-1415 | 0191-26-3565 | 一関市、平泉町                              |
| 沿岸広域振興局保健福祉環境部<br>住所等：〒026-0043 釜石市新町6-50           | 0193-25-2713 | 0193-25-2294 | 釜石市、大槌町                              |
| 沿岸広域振興局大船渡保健福祉環境センター<br>住所等：〒022-8502 大船渡市猪川町字前田6-1 | 0192-27-9913 | 0192-27-4197 | 大船渡市、陸前高田市、住田町                       |
| 沿岸広域振興局宮古保健福祉環境センター<br>住所等：〒027-0072 宮古市五月町1-20     | 0193-64-2213 | 0193-63-5602 | 宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村                     |
| 県北広域振興局保健福祉環境部<br>住所等：〒028-8042 久慈市八日町1-1           | 0194-53-4987 | 0194-52-3919 | 久慈市、普代村、洋野町、野田村                      |
| 県北広域振興局二戸保健福祉環境センター<br>住所等：〒028-6103 二戸市石切所字荷渡6-3   | 0195-23-9217 | 0195-23-6432 | 二戸市、軽米町、九戸村、一戸町                      |

ひとにやさしい駐車場利用証 交付申請書

年 月 日

岩手県知事様

郵便番号 〒

申請者 住所

(本人) ふりがな氏名 生年月日

電話番号 本人運転の有無（あり・なし）

(※利用証を使用する本人以外の方が手続きされる場合にご記入ください。)

郵便番号 〒

代理人 住所

(保護者) ふりがな氏名

電話番号 本人との関係

ひとにやさしい駐車場利用証（以下、「利用証」といいます）について、次のことに同意のうえ、利用証を申請します。（確認したすべての項目の□にチェックしてください。）

- ☐ 私は歩行困難等があり、一般の駐車場の利用に制約があることに相違ありません。
- ☐ 証明書類等の不備、添付漏れ等があった場合、私は県が当該書類の発行機関等に対し照会を行うことに同意します。
- ☐ 私は、「ひとにやさしい駐車場」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。
- ☐ 利用証の他人への貸与、譲渡等をしません。
- ☐ 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、これを返還します。

～注意事項～

証明書類の写し（氏名・生年月日・障がい等の状況について記載があるところ）が必要になります。

ご本人以外が窓口に来られる場合は、運転免許証等身分を証明するものをご持参ください。

申請区分

☐ 新規 ☐ 更新（利用証発行番号： /有効期限： 年 月 日）

| 障がい等の状況について                                    | 区分（証明書類）                                                                                                           | 障がい等の状況                                    |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| ※該当する項目の□にチェックを入れてください。                        | <input type="checkbox"/> 身体障がい者（身体障害者手帳）                                                                           | <input type="checkbox"/> 視覚障がい [4級以上]      |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 聴覚障がい [3級以上]      |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい [5級以上]    |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 上肢不自由 [2級以上]      |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 下肢不自由 [6級以上]      |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 体幹不自由 [5級以上]      |
|                                                |                                                                                                                    | 非進行性脳病変                                    |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 移動 [6級以上]         |
|                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 各種の内部機能障がい [4級以上] |
|                                                | <input type="checkbox"/> 精神障がい者（精神保健福祉手帳）                                                                          | 障がい区分 1級                                   |
| <input type="checkbox"/> 知的障がい者（療育手帳）          | 障がい等級 A                                                                                                            |                                            |
| <input type="checkbox"/> 難病患者（特定医療費（指定難病）受給者証） |                                                                                                                    |                                            |
| <input type="checkbox"/> 高齢者（介護保険被保険者証）        | 要介護 [1～5] ※要支援の方は対象になりません。                                                                                         |                                            |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦（母子健康手帳）           | 妊娠中又は出産日から1年未満                                                                                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> けが人その他（医師診断書、身分証明書）   | <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖<br><input type="checkbox"/> その他（ ）<br>※診断書は6か月以内に発行を受けたもの。 |                                            |

※以下は記入不要です。

交付番号

有効期間

年 月 日～ 年 月 日