（第２条関係）

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

申請者（本人）
郵便番号　〒
住　　所
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。）

代理人（保護者）
郵便番号　〒
住　　所
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。
- □　私は、利用証の他人への貸与、譲渡等をしません。
- □　私は、利用証を交付対象者本人が利用する場合（同乗する場合を含む）に限り、利用します。
- □　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、私はこれを返還します。

～注意事項～
証明書類の写し（氏名・住所・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。
証明書類の写しに住所が載っていない場合、住所の記載がある身分を証明するものが必要となります。
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 ※該当する項目の□にチェックを入れてください。	**区分（証明書類）**	**障がい等の状況**
	□身体障がい者 （身体障害者手帳）	□視覚障がい［４級以上］
		□聴覚障がい［３級以上］
		□平衡機能障がい［５級以上］
		□上肢不自由［２級以上］
		□下肢不自由［６級以上］
		□体幹不自由［５級以上］
		非進行性脳病変　□上肢［２級以上］
		□移動［６級以上］
		□各種の内部機能障がい［４級以上］
	□精神障がい者（精神保健福祉手帳）	障がい区分　１級
	□知的障がい者（療育手帳）	障がい等級　A
	□難病患者（特定医療費（指定難病）受給者証）	
	□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。
	□妊産婦（母子健康手帳）	妊娠中又は出産日から１年未満
	□けが人その他 （医師診断書、身分証明書）	□車椅子　□杖 □その他（　　） ※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