

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 郵便番号 〒
住所 _____
(本人) ふりがな _____ 生年月日 _____
氏名 _____

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 郵便番号 〒
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等の軽減などにより、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。	□身体障がい者(身体障害者手帳)
<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"/> 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 <input type="checkbox"/> 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