様式第１号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 交付番号 |  |
| 有効期限 | 年　　　月 |

おもいやり駐車場利用証　交付申請書

平成　　年　　月　　日

　福島県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　郵便番号

住　　所

申請者本人　　氏　　名

（歩行困難である方）電話番号

住　　所

代　理　人 氏　　名

電話番号

（以下の該当する区分の**□**にレ(チェック)を入れて必要事項を記入してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 使用区分 | 障がい等の状況 |
| **□**　身体障がい者 | **□**　視覚障がい　　　　　　級  **□**　平衡機能障がい　　　　級  **□**　肢体不自由　　上肢　　級 下肢　　級　体幹　　級  **□**　脳病変　　上肢機能　　級　移動機能　　級  **□**　心臓・腎臓他内部機能の障がい　　級 |
| **□**　知的障がい者 | Ａ |
| **□**　精神障がい者 | １　級 |
| **□**　難病患者 | 指定難病医療費受給者等 |
| **□**　要支援高齢者等 | 要支援者・要介護者 |
| **□**　妊産婦 | 出産（分娩予定）日：　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **□**　けが又は病気の者 | 症状、疾患　　　　　　　　　必要とする期間：　　ヶ月間 |

（添付書類）

　□身体障がい者：身体障害者手帳(写)　　　　　□知的障がい者：療育手帳(写)

　□精神障がい者：精神障害者保健福祉手帳(写)

□難病患者：指定難病医療費受給者証（写）、特定疾患医療受給者証（写）、特定医療費受給者証（写）、小児慢性特定疾病医療受給者証（写）のいずれか

　□要支援高齢者等：介護保険被保険者証(写)等　　□妊産婦：身分証明書と母子健康手帳(写)

　□けが又は病気の者：身分証明書と医師の診断（歩行困難である状況及びその期間）を記載した書面(写)

（注意事項）

１　区分毎に該当する等級等（交付基準）がありますので、事前に必ずご確認ください。

２　代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書（運転免許証等）をご持参ください。

３　お預かりした個人情報は、おもいやり駐車場利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、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。

|  |
| --- |
| 郵便番号：  　送付先： |

※利用証の送付先が住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

別表

おもいやり駐車場利用制度　交付基準

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 制　度　対　象　者（以下のうち、歩行困難である者） | | | |
| 区　　分 | | | 等　　級・詳細 |
| 身  体  障  が  い  者 | 視覚障がい | | ４級以上 |
| 聴覚又は平衡機能の障がい（※１） | 平衡機能障がい | ５級以上 |
| 肢体不自由 | 上肢 | ２級以上 |
| 下肢 | ６級以上 |
| 体幹 | ５級以上 |
| 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい | 上肢機能 | ２級以上 |
| 移動機能 | ６級以上 |
| 心臓機能障がい | | ４級以上 |
| 腎臓機能障がい | | ４級以上 |
| 呼吸器機能障がい | | ４級以上 |
| 膀胱又は直腸機能障がい | | ４級以上 |
| 小腸機能障がい | | ４級以上 |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい | | ４級以上 |
| 肝臓機能障がい | | ４級以上 |
| 知的障がい者 | | | Ａ（最重度・重度） |
| 精神障がい者 | | | １級 |
| 難病患者 | | | 指定難病医療費受給者等（※２） |
| 要支援高齢者等 | | | 要支援者又は要介護者 |
| 妊産婦 | | | 妊娠７ヶ月から産後３ヶ月 |
| けが又は病気の者 | | | 車椅子、杖等使用期間（最大２４ヶ月） |

※１　「聴覚又は平衡機能の障がい」のうち「聴覚障がい」及び「音声言語機能障がい」については、本制度の対象外です。

※２　他に特定疾患医療受給者又は特定医療費受給者、小児慢性特定疾病医療受給者が対象となります。