

太枠の中を
ご記入ください

申請区分

新規・継続

(○をつけてください)

広島県思いやり駐車場利用証交付申請書

広島県知事様

(申請日)

年 月 日

ふりがな	
氏名	
住所	〒
電話番号	自宅() - 携帯 - -

受付印欄	
市町	
	申請番号 ()
県	

私は歩行や車の乗降が困難なため、次の確認事項を理解し、「広島県思いやり駐車場利用証交付制度実施要綱」第5条第1項の規定に基づき、利用証の交付を申請します。

次の内容を御理解いただいたうえで、チェック(✓)を入れてください。
 ※チェック(✓)がない場合は交付できません。

- 介助者が同乗している時や体調が良い時など、歩行や乗降に支障がない場合には、車いす利用者などドアを全開にする必要がある方のために、幅の広い区画を譲ります。
- 利用証は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外の者に貸与若しくは使用させたり、譲渡することはありません。
- 有効期限の満了や、障害の軽減などにより、利用対象者でなくなった時はすみやかに返却します。

区分等		基準	等級等	確認書類	窓口		
①	身体障害者	視覚障害	1級～4級	級	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/>	
		平衡機能障害	3級, 5級	級			
	肢体不自由	上肢	1級, 2級 ※(総合 級) 詳細は裏面	級			
		下肢	1級～6級 ※(総合 級) 詳細は裏面	級			
		体幹	1級～3級, 5級	級			
	内部障害	脳原性運動機能障害	上肢機能	1級, 2級			級
			移動機能	1級～6級			級
	心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸	1級, 3級, 4級	級				
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能, 肝臓機能	1級～4級	級				
②	知的障害者	療育手帳の障害程度(Ⓐ又はA)		療育手帳	<input type="checkbox"/>		
③	精神障害者	精神障害者保健福祉手帳(1級)	級	障害者手帳	<input type="checkbox"/>		
④	難病患者 (該当する受給者証欄に○をつけてください)	特定疾患医療受給者証		受給者証	<input type="checkbox"/>		
		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					
⑤	高齢者等	要介護状態区分 1～5	要介護	介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/>		
⑥	妊産婦(単胎児・多胎児) ○をつけてください	出産予定日	年 月 日	母子健康手帳	<input type="checkbox"/>		
⑦	その他	●次の者のうち、医師の診断書、意見書等により、思いやり駐車場の使用が必要であると認められる者(該当する項目にチェック(✓)を入れてください。) <input type="checkbox"/> 身体, 知的及び精神障害者のうち, 対象の区分に該当しない者 <input type="checkbox"/> 発達障害等により, 歩行の際に介助者の特別な注意が必要な者 <input type="checkbox"/> けが人等 (□車いす使用・□杖等の補そう具使用・□その他)		医師の診断書又は意見書 (医師の証明があり, 歩行や車の乗降が困難であることが読み取れるもの)	<input type="checkbox"/>		

(交付窓口記入欄)

※申請区分継続の場合は使用中の利用証の交付番号を記入

確認書類		利用証の種類	緑・赤	交付番号 (赤色の利用証)	No.
窓口(名)		交付年月日	年 月 日	有効期限 (赤色の利用証)	年 月末

(裏面)

～注意事項～

- 1 申請書の受付は、県（県庁地域共生社会推進課、各厚生環境事務所）及び各市町の窓口で行っています。
- 2 郵送でも受け付けています。（送付先は県庁地域共生社会推進課のみ）
表面①～⑦の該当する確認書類（本人確認のため氏名、住所及び対象であることがわかる事項が記載されている部分）の写しを全て添付し、**140円切手(利用証送付用)**を同封して県庁地域共生社会推進課まで送付してください。（妊産婦の方は氏名、住所のほかに予定日を記入したページの写しも必要です。）
- 3 御本人以外の方が交付窓口で利用証を受領しようとする場合は、表面①～⑦の書類に加えて、代理人の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）を交付窓口へ提示してください。併せて、次の代理人記入欄に必要事項を御記入ください。
- 4 ※障害区分の総合級について
ここでいう総合級とは、同一部位に関する複数の障害の等級が合わさったものです。

【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	(所属施設) 名 称
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (所属施設) 所 在 地
代理人電話番号	() - (所属施設) 電話番号 () -
本人の承諾	<input type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※ <input type="checkbox"/> にチェック(✓)を入れてください。必ず本人の承諾が必要です。

●申請者本人が入居等している施設の方が代理人として利用証を受領される場合は、代理人の氏名・住所・電話番号に加え、所属する施設の名称・所在地・電話番号を記入してください。

記載された個人情報は、県(県庁地域共生社会推進課、各厚生環境事務所)又は市町の交付窓口が広島県思いやり駐車場利用証の交付及び名簿管理等の事務に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

◆ お問い合わせ・郵送先 ◆

広島県 健康福祉局 地域共生社会推進課
〒730-8511 広島市中区基町10-52
電話：082-513-3144