

「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証 (再) 交付申請書

私は、歩行困難なため、「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証の (再) 交付を申請します。

令和 年 月 日

〒

申請者 住所  
(歩行困難な方)  
ふりがな  
氏名  
電話番号

1 交付区分 該当する方に丸をつけてください。

交付 ・ 再交付 (有効期間満了は除く)

2 使用区分・障害の状況等 該当する項目の口にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

身体障害のある方 (身体障害者手帳をお持ちの方)

・ 視覚障害  1級、 2級、 3級、 4級

・ 平衡機能障害  3級、 5級

・ 肢体不自由 (上肢)  1級、 2級

・ 肢体不自由 (下肢)  1級、 2級、 3級、 4級、 5級、 6級

・ 肢体不自由 (体幹)  1級、 2級、 3級、 5級

・ 運動機能障害・上肢  1級、 2級

・ 運動機能障害・移動  1級、 2級、 3級、 4級、 5級、 6級

・ 内部障害【 心臓 ( 級)、 じん臓 ( 級)、 呼吸器 ( 級)、

ぼうこう又は直腸 ( 級)、 小腸 ( 級)、 免疫 ( 級)、 肝臓 ( 級)】

知的障害のある方 療育手帳A

精神障害のある方 精神障害者保健福祉手帳1級

高齢の方 介護保険被保険者証〔要介護〕  1、 2、 3、 4、 5

難病の方 病名 \_\_\_\_\_

妊産婦 出産 (予定) 日 令和 (20 ) 年 月

けが人 (口車いす 口杖など) 使用期間 (予定) \_\_\_\_\_ か月

[けがの状況 \_\_\_\_\_ ]

[受診医療機関 \_\_\_\_\_ ]

その他 ( \_\_\_\_\_ )

3 再交付申請の理由等 (1で再交付に丸をつけた場合に記入)

該当する項目の口にチェックを入れ、状況を記入してください。

紛失  破損  その他

(状況: \_\_\_\_\_ )

※旧利用証 (赤色の利用証のみ記載) : 交付番号 \_\_\_\_\_

有効期限 20 年 月

※太字枠内をご記入ください。

※申請の際には、身体障害者手帳等の確認書類必要ですので、裏面の注意事項を必ずご確認ください。

※代理の方が窓口に来られる場合は、裏面の必要事項を記入の上、本人確認書類 (運転免許証・保険証等) をご持参ください。

(受付窓口記入欄)

書類確認	利用証の種類	どちらかに○をつけてください。 緑 ・ 赤	(再) 交付番号 (赤色の利用証)
交付窓口	交付年月日	年 月 日	有効期限 (赤色の利用証)
			20 年 月

～ 注 意 事 項 ～

- 1 窓口で申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示してください。
  - 身体障害のある方・・・身体障害者手帳
  - 知的障害のある方・・・療育手帳
  - 精神障害のある方・・・精神障害者保健福祉手帳
  - 高 齢 の 方・・・介護保険被保険者証
  - 難 病 の 方・・・特定疾患医療受給者証、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
  - 妊 産 婦・・・母子健康手帳
  - け が 人・・・医師の診断書等、本人確認書類(運転免許証・保険証等)
  - そ の 他・・・医師の診断書等、本人確認書類(運転免許証・保険証等)
- 2 郵送申請の場合は、確認のために、それぞれ次のものの写しを添付し、利用証送付用140円切手とともに、県庁障害福祉課宛に送付ください。代理人が申請する場合には、本人確認書類(運転免許証・保険証等)の写しを添付してください。
  - 身体障害のある方・・・身体障害者手帳〔住所、氏名、障害等級、障害名の記載のあるところ〕
  - 知的障害のある方・・・療育手帳〔住所、氏名、障害の程度のあるところ〕
  - 精神障害のある方・・・精神障害者保健福祉手帳〔住所、氏名、障害等級のあるところ〕
  - 高 齢 の 方・・・介護保険被保険者証〔住所、氏名、要介護状態区分のあるところ〕
  - 難 病 の 方・・・特定疾患医療受給者証、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〔住所、氏名、病名の記載のあるところ〕
  - 妊 産 婦・・・母子健康手帳  
〔住所、氏名、出生年月日(又は分娩予定日)の記載のあるところ〕
  - け が 人・・・医師の診断書等、本人確認書類(運転免許証・保険証等)
  - そ の 他・・・医師の診断書等、本人確認書類(運転免許証・保険証等)

※利用証は、対象となる方が駐車場を利用する場合(同乗されている場合も含む)に限り利用できます。

※同乗者の介助などにより、歩行や車の乗り降りに支障がないときは、利用証を交付されている方の乗り降りが終わり次第、自動車を一般駐車場へ移動いただくなど、配慮をお願いします。

※申請書は、県庁障害福祉課、県民局健康福祉部、県保健所(支所を含む)、県福祉相談センター、各市町村の窓口のほか、郵送(県庁障害福祉課のみ)でも受付しています。

【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	
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 <input type="checkbox"/> 申請者と異なる ※住所が違ふ場合は、下記括弧にご記載ください。 [ ]
代理人電話番号	— —
本人の承諾	<input type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※チェックをいれてください。

※記載された個人情報、「ほっとパーキングおかやま」駐車場利用証の交付等の事務で使用し、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。

◇郵送先・お問い合わせ先◇  
 岡山県保健福祉部障害福祉課 福祉推進班  
 〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6  
 電 話 086-226-7362