

「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。

平成 年 月 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

記入日を記載してください。

申請者 住所 〇〇市 △△△町 1-2-3
(歩行困難な方)

ふりがな おかやま たろう

氏名 岡山 太郎

電話番号 〇〇〇 - △△△ - □□□□

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)

・該当する方に「〇」してください。
・再交付の方は、下記「3 再交付申請の理由等」の方にも記入してください。

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)

該当する口にチェック (✓) を入れてください。

・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 (1 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 平成 (20) 年 月

けが人 (□車いす □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 (_____)

診断書から歩行困難な理由を記入してください。
(診断書に記載されている傷病名など)

内部障害の方は、該当する障害の口にチェック (✓) を入れるとともに、障害等級も記入してください。

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	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> ()	利用証の種類	どちらかに〇をつけてください。 緑 ・ 赤	(再) 交付番号 (赤色の利用証)	
交付窓口	県庁障害福祉課	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）の記載があるところ〕
 - 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	岡 山 花 子
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なる ※住所が違う場合は、下記括弧にご記載ください。 [△△△市 ○○○町 4-5-6]
代理人電話番号	△△△ - ○○○○ - □□□□
本人の承諾	<input checked="" type="checkbox"/> 承諾を得ている。 ※チェックをいれてください。

代理人電話番号について
申請者と同じ場合は、省略しても
構いません。
ただし、携帯番号など連絡先が違う
場合は、記入してください。

※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 障害福祉企画班
〒700-8570 岡山市北区内山下2-4-6
電 話 086-226-7343