

新潟県おもいやり駐車場制度利用証交付申請書 (新規・更新・再交付)

(いずれかを○で囲んでください。)

令和 年 月 日

新潟県知事 様

郵便番号

住所

申請者本人 ふりがな

氏名

電話番号

代理人 ふりがな

氏名

続柄

電話番号

私は、下記のとおり歩行が困難等の状況であるため、確認事項に同意のうえ、おもいやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

1 歩行困難等の状況 (該当する項目の□にレを記入してください。)

- 視覚障害、平衡機能障害又は肢体不自由により歩行が困難である。
- 内部疾患、病気等により、めまい、息切れ等が起こるため歩行が困難である。
- 歩行の際に介助や特別な器具などを有するため歩行が困難である。
- 下肢にふるえ、すくみが起きるため歩行が困難である。
- 歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。
- その他 (上記以外の場合は具体的な歩行が困難な状況を下記に記入してください。)

2 使用区分・障害等の状況等 (該当する□にレを記入し、必要箇所に級数等を記入)

使用区分	障害等の状況
<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 _____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <u> 上肢 </u> 級 <u> 下肢 </u> 級 <u> 体幹 </u> 級 <u> 脳原性 </u> <u> 上肢機能 </u> 級 <u> 移動機能 </u> 級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障害 _____ 級
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要支援 (1 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1 2 3 4 5)
<input type="checkbox"/> 難病患者	特定疾患医療受給者及び特定医療費 (指定難病) 受給者
<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級
<input type="checkbox"/> 発達障害のある者	歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者
<input type="checkbox"/> 妊産婦	<input type="checkbox"/> 出産 (分娩予定) 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> その他けが人、病気等	<input type="checkbox"/> 必要とする期間 : _____ ヶ月間

○ 再交付申請の場合、理由を下記の該当する箇所にチェックまたは記載してください。

紛失 汚損、破損 その他〔具体的に ()〕

現利用証返却	済・未・紛失
交付番号	
有効期限	年 月

裏面も御記入ください

交付番号	
有効期限	年 月

3 確認事項

私は、「新潟県おもいやり駐車場制度」について、次のことに同意し、利用証を申請します。(各項目を理解し、同意された方は、□にレを記入してください。)

- 「おもいやり駐車場」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を理解します。
- 【車椅子利用者やお腹の大きい妊婦以外の方】
広幅と通常幅の両方のおもいやり駐車場がある場合は、可能な限り広幅の方は車椅子利用者等に譲るよう努めます。(車椅子利用者やお腹の大きい妊婦は乗り降りする際に車のドアを全開にする必要があるため。)
- 介助者が同乗しているときや、体調が良いときなど、歩行や乗り降りに支障がないときは、車椅子利用者等、より歩行が困難な方のために、一般の駐車場に駐車します。
- 内部障害や精神障害等、歩行困難であることが外見で判断しづらい人も利用証の交付対象であることを理解します。
- 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- 有効期間の満了後は、利用証の利用をやめ、利用証を返却します。
障害程度の軽減等により歩行が困難でなくなったときは、利用証を返却します。

～ 注 意 事 項 ～

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を添付してください。

【新規申請（初めて申請する場合）・更新申請（有効期限後の利用を更に申請する場合）】

- 身体障害者……身体障害者手帳(写し)
- 高 齢 者……介護保険被保険者証(写し)
- 難 病 患 者……特定疾患医療受給者証又は特定医療費(指定難病)受給者証(写し)
- 知的障害者……療育手帳(写し)
- 精神障害者……精神障害者保健福祉手帳(写し)
- 発 達 障 害……医師等の診断を記載した書面(原本)
- 妊 産 婦……母子健康手帳(写し)(妊娠7か月(妊娠 24 週)より前に申請する場合は、医師の診断を記載した書面(原本)及び母子健康手帳(写し))
- その他けが人、病気等…医師の診断を記載した書面(原本)

※更新申請で、窓口で申請する場合は、現在使用している利用証もご持参ください。

【再交付申請（破損・紛失等で利用証が使用できなくなった場合）】

再交付申請において、前回の申請内容と変更がない場合、添付書類は不要です。

※ お預かりした個人情報は、新潟県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。