式第５号（第７､９条関係）

**「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□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　　□単胎　□多胎　出産（予定）日　令和　　　（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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **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□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 |

様式第５号（第７､９条関係）

|  |
| --- |
| **～　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 |  |
| 代理人住所 | □申請者と同住所  □申請者と異なる　※住所が違う場合は、下記にご記載ください。 |
| 代理人電話番号 | －　　　　　　－ |
| 本人の承諾 | □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は、「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。

◇郵送先・お問い合わせ先◇

岡山県子ども･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