様式第３号（第７条関係）

宮崎県障がい者等用駐車場(おもいやり駐車場)利用証交付申請書

年　　月　　日

宮 崎 県 知 事　殿

〒

住　　所

申請者　氏　　名

生年月日　T / S / H / R　　年　　月　　日

電話番号　（　　）　－

（代理申請される場合はこちらもご記入ください）

〒

住　　所

代理人　氏　　名

電話番号　（　　）　－

本人との関係

私は、下記の事項に同意のうえ、利用証を申請します。

（すべての□にチェックしてください。）

□　歩行や車の乗降が困難なため、おもいやり駐車場の利用が必要であることに相違ありません。

□　利用証の他人への譲渡、貸与等をしません。

□　有効期間の満了(妊産婦･けが人のみ)や障がいの軽減等により、利用証の交付対象でなくなったときは利用証を速やかに返還します。

□　本制度は対象駐車場の利用の保証を行うものではなく、当該駐車場に空きがある場合に利用できるものであることを理解します。

○車いすの使用の有無	□あり・□なし（該当する項目の□にチェックを入れてください。）

○障がいの状況等（必要事項を記入してください。）

利用証交付対象区分		等級・病名等	確認書類(窓口記載欄)
身体障がい	視　　覚：４級以上	等　級（　　）級	□ 身体障害者手帳
	平衡機能：５級以上	等　級（　　）級	
	上　　肢：２級以上	等　級（　　）級	
	下　　肢：６級以上	等　級（　　）級	
	体　　幹：５級以上	等　級（　　）級	
	脳原上肢：２級以上	等　級（　　）級	
	脳原移動：６級以上	等　級（　　）級	
	内部障害：４級以上	心臓･じん臓･呼吸器･ぼうこう直腸･小腸･免疫･肝臓 等　級（　　）級	
知的障がい：障害程度Ａ		障害程度（　　）	□ 療育手帳
精神障がい：１級		等　級（　　）級	□ 精神障害者手帳
高　齢　者：要介護度２以上		要介護度（　　）	□ 介護保険被保険者証
難病患者：特定医療費（指定難病）受給者等		病名（　　）	□ 特定医療費（指定難病）受給者証等 □ 登録者証確認済
妊産婦：産前４か月～産後３か月 （多胎児の場合は産後 18 か月）		出産予定日：　　年　　月　　日	□ 母子健康手帳 □多胎児（双子等）
けが人等：車いす、杖使用期間等		年　　月　　日まで	□ 診断書等

（窓口記載欄）

交付窓口名		利用証の種類	赤・緑・ｵﾚﾝｼﾞ	交付日	年　月　日
利用証番号	－	有効期限(オレンジのみ)	年　月末まで		