

栃木県おもいやり駐車スペースつぎつぎ事業 利用証交付申請書

※太枠内の項目についてご記入ください。

申請日		年	月	日																																																																																																																																											
申請者	〒 住 所																																																																																																																																														
	(ふりがな)																																																																																																																																														
	氏 名																																																																																																																																														
	電話番号 - -																																																																																																																																														
代理人	〒 住 所																																																																																																																																														
	(ふりがな)		申請者との続柄																																																																																																																																												
	氏 名		()																																																																																																																																												
	電話番号 - -																																																																																																																																														
使用区分・ 障害の状況 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 身体障害者																																																																																																																																														
	<table><tr><td colspan="2">視覚</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td colspan="2">聴覚 平衡機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="3">肢体不自由</td><td>上肢</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="2">下肢</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td><input type="checkbox"/> 6級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="2">体幹</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td></tr><tr><td colspan="2">脳原性の運動機能障害</td><td>上肢機能</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td>移動機能</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td></td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td><input type="checkbox"/> 6級</td></tr><tr><td colspan="2">心臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">じん臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">呼吸器機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">ぼうこう又は直腸機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">小腸機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">免疫機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td colspan="2">肝臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 知的障害者</td><td colspan="4">障害の程度 A</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 精神障害者</td><td colspan="4">等級 1級</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 要支援高齢者等</td><td colspan="4"><input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="4"><input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 難病患者</td><td colspan="4">※特定医療費(指定難病)受給者証、通知書(特定医療費申請結果)、小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、登録者証のいずれかで確認</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">病名 () ※登録者証の場合は記入不要</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 妊産婦</td><td colspan="4">出産(予定) 年 月 日 <input type="checkbox"/>多胎</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="checkbox"/> 傷病人</td><td colspan="4">※下記の「医師記入欄」を医師に記入してもらってください。</td></tr></table>				視覚		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	聴覚 平衡機能障害		<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級			肢体不自由	上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級			下肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級			体幹	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級	脳原性の運動機能障害		上肢機能	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級			移動機能	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級				<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級	心臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級		じん臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級		呼吸器機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級		ぼうこう又は直腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級		小腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級		免疫機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	肝臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 知的障害者		障害の程度 A				<input type="checkbox"/> 精神障害者		等級 1級				<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2						<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				<input type="checkbox"/> 難病患者		※特定医療費(指定難病)受給者証、通知書(特定医療費申請結果)、小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、登録者証のいずれかで確認						病名 () ※登録者証の場合は記入不要				<input type="checkbox"/> 妊産婦		出産(予定) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 多胎				<input type="checkbox"/> 傷病人		※下記の「医師記入欄」を医師に記入してもらってください。			
	視覚		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																									
	聴覚 平衡機能障害		<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級																																																																																																																																											
	肢体不自由	上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																																																																																											
		下肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																									
			<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級																																																																																																																																											
	体幹	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級																																																																																																																																										
		脳原性の運動機能障害		上肢機能	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																																																																																									
			移動機能	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級																																																																																																																																									
				<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級																																																																																																																																									
	心臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																										
	じん臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																										
	呼吸器機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																										
	ぼうこう又は直腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																										
	小腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																										
	免疫機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																									
	肝臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																																																																									
	<input type="checkbox"/> 知的障害者		障害の程度 A																																																																																																																																												
	<input type="checkbox"/> 精神障害者		等級 1級																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等		<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2																																																																																																																																													
		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 難病患者		※特定医療費(指定難病)受給者証、通知書(特定医療費申請結果)、小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、登録者証のいずれかで確認																																																																																																																																													
		病名 () ※登録者証の場合は記入不要																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 妊産婦		出産(予定) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 多胎																																																																																																																																													
<input type="checkbox"/> 傷病人		※下記の「医師記入欄」を医師に記入してもらってください。																																																																																																																																													

医師記入欄

病名又は状況 ()

医療機関名 ()

記入者 _____ 印

今後1年の範囲内で歩行に配慮が必要な期間 (年 月 日から ヲ月間)

確認書類	<input type="checkbox"/>	有効期限	年	月	担当者	
------	--------------------------	------	---	---	-----	--

申請に必要なもの

- | | |
|----------|---|
| ・身体障害者 | 身体障害者手帳 |
| ・知的障害者 | 療育手帳 |
| ・精神障害者 | 精神障害者保健福祉手帳 |
| ・要支援高齢者等 | 介護保険被保険者証 |
| ・難病患者 | 特定医療費(指定難病)受給者証、通知書(特定医療費申請結果)、
小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、
登録者証のいずれか |
| ・妊産婦 | 母子健康手帳 |
| ・傷病人 | 身分証明書(運転免許証、健康保険証など)
医師の診断書等、歩行困難であり、医療機関を受診していることが確認できるもの※
※申請書の医師記入欄に記載が無い場合に必要となります。 |

おもいやり駐車スペースについて

- ・おもいやり駐車スペースは、県内にある施設の協力により設置されている駐車スペースです。
- ・駐車スペースを利用する時は、利用証をルームミラーにかけて、外から見えるように表示してください。
- ・駐車場の混雑状況によっては、おもいやり駐車スペースが利用できない場合もありますのでご了承ください。なお、体調が良いときには、他の対象者に譲るなどの配慮をお願いします。
- ・利用証は、利用証交付対象者が同乗されている場合のみご利用いただけます。
- ・本利用証は、道路上に設置された高齢運転者等専用駐車区画への駐車を可能にするものではありませんのでご注意ください。

問合せ先

栃木県保健福祉部保健福祉課 地域福祉担当
〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20
電話 028-623-3047
e-mail hofuku@pref.tochigi.lg.jp