

令和 年 月 日

静岡県知事 様

静岡県ゆずりあい駐車場 利用証交付申出書

① 静岡県ゆずりあい駐車場の利用証の交付を希望します。

御本人の氏名・住所等		代理人の場合の氏名・住所等	
住 所		住 所	
氏 名		氏 名	
電話番号		電話番号	
生年月日		御本人との関係	

該当する箇所に☑（チェック）を入れてください。

② 歩行困難な状況は、以下のとおりになります。

- 車いすを常時利用します
 歩行の際に介助や用具などを要します
 歩行に著しく時間がかかります
 歩行するとめまいや息切れが起きます
 その他（ ）

③ 車の運転は、以下のとおりになります。

- 自ら運転します 自ら運転するときもあります 介助者が運転します

④ 車いすマークの駐車場の利用状況は、以下のとおりになります。

- 常時利用しています 状態の悪いときのみ利用しています 利用していません

⑤ 確認事項

利用証の交付には、以下の内容について同意していただく必要があります。御理解していただいた上で☑（チェック）を入れてください。

- 車いすマークの駐車場は、これから利用証を取得する方や、怪我などで一時的に車いすを使用する方等が駐車することもある点を御承知おきください。（利用証は、駐車許可証ではありません。）
 介助者が同乗している場合等で、施設の入口近くの乗降スペースや車いすマークの駐車場への一時的な停車により乗降が可能な場合には、一般の駐車場に駐車ください。（限られたスペースを有効に使うため、利用者同士のゆずりあいに御協力ください。）

⑥ 障害等の等級で該当する箇所に☑（チェック）及び記載をしてください。

区分	記入部分
車いす常時利用	<input type="checkbox"/> 歩行ができず、移動手段は車いすになります。
視覚障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級の1
聴覚障害	<input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級
肢体不自由上肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級の1・ <input type="checkbox"/> 2級の2
肢体不自由下肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級・ <input type="checkbox"/> 4級
肢体不自由体幹	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
脳原上肢	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級（一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く）
脳原移動	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
心臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
じん臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
呼吸器機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
ぼうこう機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
直腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
小腸機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 3級
免疫機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
肝臓機能障害	<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級
知的障害	<input type="checkbox"/> A
精神障害	<input type="checkbox"/> 1級
高齢者	要介護度 <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 2
難病患者	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受給者
妊産婦	出産（予定）日：令和 年 月 日

初回交付ですか。再交付ですか。

初回交付 再交付（理由： ）
 前回交付番号（ ）

（以下記載不要）

書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受診券 <input type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定車標章 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳	交付番号		受付印
		有効期限		