様式第４号（第６条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| **大分あったか・はーと駐車場利用証交付申請書**  私は、**駐車場の利用に配慮が必要であるため、**大分あったか・はーと駐車場利用証の交付を申請します。  　　　 　年 　　月　 　日  　　　　　　　　〒　　　　－  □利用証送付  　　　　　　　 住　　所  　申請者　　(ふりがな)  　　　　　　　 氏　 名  電話番号　　　　－　　　 － | |
| 〒　　　　－  □利用証送付  　　　　　　　 住　　所  　代理人　　(ふりがな)  　　　　　　　 氏　 名  電話番号　　　　－　　　 － 　　　　申請者承諾　□承諾を得ている  ※チェックを入れてください。 | |
| 使用区分障がいの  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。  □**身体障がいのある方**  **視覚障害** □１級 □２級 □３級 □４級  **聴覚障害** □２級 □３級  **平衡機能障害**  □３級 □５級  **肢体不自由 上肢** □１級 □２級  **下肢** □１級 □２級 □３級 □４級 □５級 □６級  **体幹** □１級 □２級 □３級 □５級  **運動機能障害 上肢** □１級 □２級  **移動** □１級 □２級 □３級 □４級 □５級 □６級  **内部障害** □心臓　□じん臓　□呼吸器  □ぼうこう又は直腸　□小腸　□免疫　□肝臓  □１級　□２級　□３級　□４級  　□**知的障がいのある方** □Ａ  　□**精神障がいのある方** □１級  　□**介護保険被保険者** 要介護度　□１　□２　□３　□４　□５  　□**難病の方** 病名：  　□**妊産婦** 出産（予定）日　　　　　 年　　　月　　　日  　　　　　　　　　（　□単胎児　　・　　□多胎児　）  　□**けが人** □車いす　□杖等  　　　　　 使用期間　　　　　年　　　月　　　日まで  □**その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 車いすの  使用状況 | 妊産婦、けが人以外の方で該当する場合は□にチェックを入れてください。  □車いすを常時使用している |

**申請の際には、確認書類の提示が必要です。裏面の注意事項を必ずご確認ください。**

※以下は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 書類確認者 |  | 利用証の種類 | 車いす ・ その他(長期) ・ その他(短期) | | |
| 交付番号 | － | 交付年月日 | 年　 月　 日 | 有効期限 | 年 　月 |

（裏面)

**～　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（郵送の場合は写しを添付）

を提示してください。

○**身体障がいのある方**・・・**身体障害者手帳**

　写しの場合：住所、氏名、障害等級、障害名の

　　　　　　　　　　　　 　　　　　　記載があるページ

○**知的障がいのある方**・・・**療育手帳**

　 　写しの場合：住所、氏名、障害の程度の記載が

　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　あるページ

○**精神障がいのある方**・・・**精神障害者保健福祉手帳**

　写しの場合：住所、氏名、障害等級の記載が

　　　　　　あるページ

○**介護保険被保険者**・・・**介護保険被保険者証**

　写しの場合：住所、氏名、要介護状態区分の記載

　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　があるページ

○**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**

（写しの場合：住所、氏名、病名の記載があるページ）

○**妊産婦**・・・**母子健康手帳（多胎児妊娠の場合は、人数分）**

　写しの場合：住所、氏名、出生年月日（又は

　　　　　　　　　　　　　　　分娩予定日）の記載があるページ

○**けが人**・・・**医師の診断書等**（歩行困難な旨及び車いす、杖等の使用期間が明記されているもの）及び身分証明書（本人確認書類）

（写しの場合：上記の写し）

○**その他**・・・**医師の診断書等**（駐車場の利用に配慮が必要である旨と期間(※)が明記されたもの）と身分証明書

（写しの場合：上記の写し）

※駐車場の利用に配慮が必要である例

（例１）〇〇（病名等）により△△か月の間、歩行が困難である

（例２）知的障がいや精神障がい（ＡＤＨＤなどの発達障がい）により、突発的な飛び出しや

　　　　座り込みが見込まれ、駐車場内における行動に危険が伴う。

※本人以外の方が窓口申請される場合は、上記書類に加えて、代理人の方の身分証明（運転免許証、保険証等）をお持ちください。

　　代理人申請の場合は、本人の承諾を得ていることが必要です。

※利用証は、対象となる方が駐車場を利用（乗降）する場合（同乗している場合を含む。）に限り利用できます。

◆郵送先・お問い合わせ先◆

大分県福祉保健部福祉保健企画課

〒870－8501　大分市大手町３丁目１番１号

電話　０９７－５０６－２５９１