様式第５号（第８条関係）

|  |
| --- |
| **大分あったか・はーと駐車場利用証再交付申請書** 　大分あったか・はーと駐車場利用証の再交付を申請します。 　　　 　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車いすの使用状況 | 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　　　□聴覚障がい　　□平衡機能障害　　□肢体不自由 （□上肢 □下肢 □体幹） 　　□運動機能障害 （□上肢 □移動）  　□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 ＜等級＞ □１級　□２級　□３級　□４級　□５級　□６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　□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 □**その他** 病名（　　　　　　　　　　　　　　　）□車いすを常時使用している |
| 既交付利用証 | 交付番号 | 　 － | 有効期限 | 年　　月 |
| 再交付申請の理由 |  □紛失　　　　□破損　　　□汚損　　　□その他　（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**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**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**と身分証明書

 （写しの場合：上記の写し）

　　＜診断書の記載要領＞

　　　以下の点について具体的な記載が必要です。

1. 歩行困難であること　② 駐車場の利用に配慮が必要（※）であること

　　　併せて、配慮が必要な期間の記載も必要です。

　　　詳しくはホームページに掲載している「診断書の様式」を参照してください。

※駐車場の利用に配慮が必要である例

（例）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。

＜ホームページQRコード＞

◆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