

令和 年 月 日

静岡県知事 様

## 静岡県ゆずりあい駐車場事業利用証・停車証(一時駐車証)交付申出書

- I 「ゆずりあい」の気持ちを持って車いすマークの駐車場を利用するため、下記の内容に同意します。(理解された方は☑(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、けがなどで一時的に車いすを使用する方が駐車することもあるため、ゆずりあって利用します。(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、施設の入口の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します。(車いすの方がご自身で運転する場合等は、車いすマークの駐車場でなければ車の乗降ができません。)

## II あなたのことを教えてください

## ① お体の状況を教えてください。(○をつける)

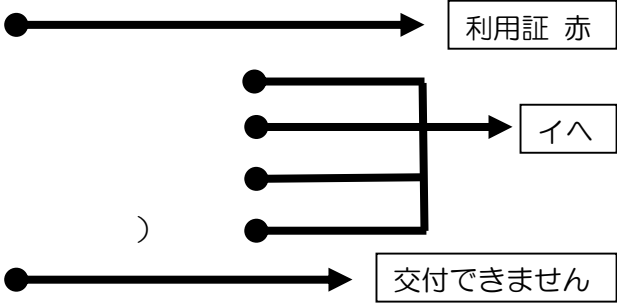
区 分		等級
身 体 障 害 者	視 覚 障 害	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級の1
	聴 覚 障 害	2級 ・ 3級
	平 衡 機 能 障 害	3級
	肢 体 不 自 由 上 肢	1級 ・ 2級の1、2級の2
	肢 体 不 自 由 下 肢	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級
	肢 体 不 自 由 体 幹	1級 ・ 2級 ・ 3級
	脳 原 上 肢	1級 ・ 2級 <small>いち</small> (一上肢のみに運動機能障害がある場合を除く)
	脳 原 移 動	1級 ・ 2級 ・ 3級
	心 臓 機 能 障 害	1級 ・ 3級
	じん臓機能障害	1級 ・ 3級
	呼吸器機能障害	1級 ・ 3級
	ぼうこう機能障害	1級 ・ 3級
	直腸機能障害	1級 ・ 3級
	小腸機能障害	1級 ・ 3級
	免疫機能障害	1級 ・ 2級 ・ 3級
肝臓機能障害	1級 ・ 2級 ・ 3級	
知 的 障 害 者	A	
精 神 障 害 者	1級	
高 齢 者	要介護度 5 ・ 4 ・ 3 ・ 2	
難 病 患 者	特定疾患医療受給者・小児慢性特定疾患医療受給者	
妊 産 婦	出産(予定)日 : 年 月	

裏面へお進みください。 申請者氏名等の記載欄は裏面にあります

② どの利用証を交付できるのかを確認します。以下の内容にお答えください。

ア) あなたの歩行の状況を教えてください。

- 外出する時は常時車いすを利用する。
- 歩行の際に介助や用具などを要する。
- 歩行に著しく時間がかかる。
- 歩行するとめまいや息切れが起きる。
- その他 ( )
- 介助無しで歩くことができる。



イ) 車を運転するのはどなたですか。

- 本人 利用証 緑
- 介助者 ウハ

ウ) 限りある駐車場を有効に使っていただくために、介助者がいる方には、幅の広い車いすマークの駐車場で安全に乗り降りをした後に、お車を一般の駐車区画に移動するように御協力をお願いしています。趣旨に同意された方には、利用証に代わり停車証(一時駐車証)を発行します。趣旨に同意しますか。

- はい 停車証(一時駐車証)
- いいえ 利用証 緑

あなたの車いすマークの駐車場の利用状況を教えてください。(☑ (チェック) を入れてください。)

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

初めての交付ですか。再交付ですか。

初回交付     再交付 (理由: )

前回交付番号 ( )

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	年 月 日	御本人との関係	

(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"/> 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"/> 母子健康手帳 <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	赤 ・ 緑 ・ 停		受付印
		有効期限			