

かながわ障害者等用駐車区画利用証交付申請書

申請日

神奈川県知事 又は 市町村長 殿

更新・再交付(紛失・破損等)の場合は“○”を記入→

私は歩行が困難又は移動に配慮が必要であるため、裏面の【誓約・同意事項】の内容の全てに誓約・同意の上、かながわ障害者等用駐車区画利用証の交付を申請します。

1. 申請者(交付対象者)

(フリガナ) 氏名	生年月日 (西暦で記載)	住所
		〒 - 電話 ()

※ 代理人による申請の場合は、「代理人欄」に記入ください。

代理人欄	代理人氏名		申請者との関係	代理人住所	
				<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(異なる場合は下記に記載)	
	代理人電話番号	申請者の承諾等		確認書類	
	()	<input type="checkbox"/> 申請者から承諾を受けている又は法定代理人である。		代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等) 申請者の戸籍謄本(未成年後見人の場合) 法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合)	
				窓口	<input type="checkbox"/>

2. 交付区分

項番	区分	交付基準	等級等	確認書類(※)	窓口	利用証の種類	
1	身体障害者	視覚障害	1級~4級	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/>	無期限利用証	
2		聴覚障害	聴覚障害				2級、3級
3			平衡機能障害				3級、5級
4		肢体不自由	上肢				1級、2級
5			下肢				1級~6級
6			体幹				1級~3級、5級
7		脳原性運動機能障害	上肢機能				1級、2級
8			移動機能				1級~6級
9		内部障害	心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸				1級、3級、4級
10			ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能・肝臓機能				1級~4級
11	知的障害者	療育手帳の障害程度A1、A2		療育手帳	<input type="checkbox"/>		
12	精神障害者	精神障害者保健福祉手帳 1級	級	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/>		
13	難病患者	特定疾患医療受給者		受給者証	<input type="checkbox"/>		
		特定医療費(指定難病)受給者					
		小児慢性特定疾病医療受給者					
14	高齢者等	要介護状態区分1~5	要介護	介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/>		
15	上記の区分に準ずる者(「等級等」に該当しないが、利用証の交付が必要と認められる者)	準ずる「区分」の「項番」:		「区分」に対応した確認書類(難病患者の場合は「登録者証(指定難病)」) 医師の診断書又は医師・療育機関等の意見書	<input type="checkbox"/>		
16	妊産婦	出産(予定)日	年 月 日	母子健康手帳	<input type="checkbox"/>		
17	けが人等	必要な期間	年 月 日 まで (診断書に期間の記載がなく、必要な期間が不明な場合は発行日から1年以内)	医師の診断書又は意見書 身分証明書	<input type="checkbox"/>	有期限利用証	

(※) 駐車禁止除外指定車標章の交付を受けている者は、記載の確認書類に代えて、当標章を提示することも可能です。

裏面も必ずご確認ください

かながわ障害者等用駐車区画利用証交付申請書

申請日 2024年10月19日

神奈川県知事 又は 市町村長 殿

更新・再交付(紛失・破損等)の場合は“O”を記入→

私は歩行が困難又は移動に配慮が必要であるため、裏面の【誓約・同意事項】の内容の全てに誓約・同意の上、かながわ障害者等用駐車区画利用証の交付を申請します。

1. 申請者(交付対象者)

水色のセルに入力してください。

(フリガナ) 氏名	生年月日 (西暦で記載)	住所
カナガワ タロウ 神奈川 太郎	1970年1月4日	〒 231 - 8588 神奈川県横浜市日本大通1 電話 045 (210) 1111

※ 代理人による申請の場合は、「代理人欄」に記入ください。

申請者と住所が異なる場合は、チェックを入れず、下段に住所を記載します。

代理人欄	代理人氏名	申請者との関係	代理人住所
	神奈川 次郎	子	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(異なる場合は下記に記載)
	代理人電話番号	申請者の承諾等	確認書類
	045 (210) 1111	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者から承諾を受けている又は法定代理人である。	代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等) 申請者の戸籍謄本(未成年後見人の場合) 法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合)
			窓口 <input type="checkbox"/>

2. 交付区分

対応する「区分等」について、「基準」に該当した等級を記載します。

項番	区分	基準	等級等	確認書類	窓口	利用証の種類	
1	身体障害者	視覚障害	1級~4級	級	身体障害者手帳	無期限利用証	
2		聴覚障害	聴覚障害	2級、3級			級
3			平衡機能障害	3級、5級			級
4		肢体不自由	上肢	1級、2級			級
5			下肢	1級~6級			級
6			体幹	1級~3級、5級			級
7		脳原性運動機能障害	上肢機能	1級、2級			級
8			移動機能	1級~6級			級
9		内部障害	心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸	1級、3級、4級			級
10			ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能・肝臓機能	1級~4級			級
11	知的障害者	療育手帳の障害程度A1、A2		療育手帳	<input type="checkbox"/>		
12	精神障害者	精神障害者保健福祉手帳 1級	級	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/>		
13	難病患者 (該当する「等級等」欄に○をつけてください)	特定疾患医療受給者		受給者証	<input type="checkbox"/>		
		特定医療費(指定難病)受給者					
		小児慢性特定疾病医療受給者					
14	高齢者等	要介護状態区分1~5	要介護	介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/>		
15	上記の区分に準ずる者 (「等級等」に該当しないが、利用証の交付が必要と認められる者)	準ずる「区分」の「項番」:	12	2級	「区分」に対応した確認書類(難病患者の場合は「登録者証(指定難病)」 医師の診断書又は医師・療育機関等の意見書	<input type="checkbox"/>	
16	妊産婦	出産(予定)日	年 月 日	母子健康手帳	<input type="checkbox"/>		
17	けが人等	必要な期間	年 月 日 まで (診断書に期間の記載がなく、必要な期間が不明な場合は発行日から1年以内)	医師の診断書又は意見書 身分証明書	<input type="checkbox"/>	有期限利用証	

診断書等はホームページに参考様式を掲載しています。

(※) 駐車禁止除外指定車標章の交付を受けている者は、記載の確認書類に代えて、当標章を提示することも可能です。

裏面も必ずご確認ください

【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、口にチェック(✓)してください。

チェック漏れに注意してください。
(大切な内容です。必ず御確認ください。)

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ① 利用証の交付は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外の者に貸与又は使用させたり、譲渡することはありません。(妊産婦として交付された利用証について、乳児出産後に当該乳児の同伴者が使用する場合を除く。)
- ② 利用証は、交付を受けた以外の目的で使用しません。
- ③ 有効期間が満了した場合又は障害の軽減等により交付対象者の要件を欠いた場合には、裁断する等により、直ちに交付された利用証を破棄します。
- ④ 利用証を持っていても、駐車ができない場合があることを理解します。(障害者等用駐車区画が満車である場合など。)
- ⑤ 障害者等用駐車区画を必要とする者の中には、外見上、障害があることがわかりづらい方がいることを理解します。
- ⑥ 同乗者の介助等により歩行や車からの乗降が容易になる場合は、障害者等用駐車区画を必要とする方のために、一般の駐車区画を利用します。

【幅の広い駐車区画を必要としない方】

- ⑦ 優先駐車区画(必ずしも幅の広い駐車区画を必要としない方のために、入口近くに確保された区画)が設置されている場合は、当該区画を利用することで、幅の広い駐車区画に関し、車椅子使用者等の利用に配慮します。

【利用証を郵送交付する場合の取扱い】

- ・利用証を郵送交付する場合は、原則として、申請書記載の申請者の「住所」に送付します。送付先の変更を希望する場合には、下記の欄に、送付先住所を記載してください。

次のとおり送付先の変更を希望します。

送付先住所	宛先氏名
〒 _____	<input type="checkbox"/> 申請者名と同じ(異なる場合は下記に記載)

【手帳等の写しを取る場合の注意事項】

- ・「氏名」「住所」「区分(●●機能障害など)」「等級等」の記載も含めて、写しを取ってください。手帳によっては、カバーから出す必要があります。

<例> 神奈川県が発行する身体障害者手帳(カード形式)



身体障害者手帳
神奈川県 第123456号
交付年月日 令和元年4月1日
再交付年月日 令和3年11月1日
氏名 神奈川 太郎
住所 神奈川県福祉子ども市みらい町1234
県庁マンション1234
神奈川県 印

【障害名・備考】
両上肢機能の軽度の障害 6級/体幹機能障害 5級(再認定: 令和4年4月)

【個人情報の取扱い】

- ・記入いただいた情報は、利用証の交付及び交付状況の管理のために利用します。また、同目的に利用するため、申請を受け付けた市町村は、神奈川県に情報を提供しますので御了承ください。

【交付窓口記入欄】

交付(郵送)年月日	交付番号(※)	(有期限利用証の場合) 有効期限	台帳(システム)登録日

※妊産婦(多胎児を出産した者に限る)については、出生後1年未満の者の人数を上限に利用証を交付できる取扱いとしています。この取扱いに基づき、複数枚の利用証を交付した場合は、「交付番号」欄に交付した複数の交付番号を併記してください。

<有期限利用証に記入する期限について>

