別記第4号様式（第5条関係）

令和　　　　年　　　　月　　　　日

三重おもいやり駐車場利用証（　再交付　）申請書

三重県知事あて

|  |
| --- |
| 受付印欄 |
| 市町 |  |
| 県 |  |

下記のとおり歩行が困難であるため利用証の交付を申請します。

**１　申請者情報**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏　（Last Name） | 名 （First Name） |
| フリガナ |  |  |
| 氏名(Name) |  |  |
| 電話番号(TEL) | ―　　　　　　　　　　　　―　 |
| 生年月日（Day of Birth） | * 大正
 | * 昭和
 | 　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| * 平成
 | * 令和
 |
| 郵便番号 | 〒　　　　　　　　　　― |
| 都道府県 | * 三重県
 | * 他都道府県（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 以降の住所（Address） | （送付先の住所が住民票と異なる場合は、必ず送付先をメモ等でお知らせください。） |

【代理人記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 電話番号 | ―　　　　　　　　　　　　 　―　 |
| □ 住所が申請者と同じ　　　　　　　□ 住所が申請者と異なる（下記をご記入ください） |
| 郵便番号 | 〒　　　　　　　　　― |
| 住所 |  |
| * ←代理人へ利用証を送付する場合はチェックを入れてください。
 |

**２　申請の理由**次の□のうち、いずれか当てはまる方にチェックを入れて、空欄をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 紛失
 | * 破損
 | * 妊産婦等の有効期間延長のため　【　単胎児　／　多胎児　】

出産（予定）日（令和　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日） | * その他
 |
| 紛失、破損等の状況を記載してください。 |  |

**３　確認事項**文末の□のうち、いずれか当てはまる方にチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 車いすマーク　　　　のついた幅の広い駐車区画が　（　　□　必要です　　　・　　□　必要ありません　　）※車いすを利用している等、特段の事情がなければ「必要ありません」にチェックしてください。 |

【受付窓口記入欄：申請者は記入しないでください】　　□ 申請者の証明書類の確認　　　　□ 代理人の本人確認

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 交付日 | 令和　　　　　年　　　　 月　 　　　　日 | 利用証番号 | * A
 |  |
| 有効期限 | * 無期限　／　令和　　　　年　　　　月
 | * B
 |

**【注意事項】**ご確認のうえ、左の□にチェックをしてください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 「おもいやり駐車場」が満車の場合には、**利用証を持っていても駐車できないことがあります**。 |
|  | 体調が良いときや、同乗者の補助を受けられる場合など、**歩行や乗り降りに支障がない場合には、おもいやり駐車区画をお譲りください**。 |
|  | 有効期間の満了や、障がいの軽減などにより、利用証の交付対象で無くなった場合は利用証を**返却してください。** |

**【参考：区分ごとの要件】**

|  |  |
| --- | --- |
| 身体障がい者Individuals with disability | 視覚障がい　〔 1 ・ ２ ・ ３ ・ ４ 〕級 |
| 聴覚障がい　〔 ２ ・ ３ 〕級 |
| 平衡機能障がい　〔 ３ ・ ５ 〕級 |
| 肢体不自由 | 上肢　〔 １ ・ ２ 〕級　　下肢　〔 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ 〕級体幹　〔 １ ・ ２ ・ ３ ・ ５ 〕級 |
| 脳原性運動機能障がい | 上肢　〔 １ ・ ２ 〕級　　移動　〔 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ 〕級 |
| 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸機能障がい　〔 １ ・ ３ ・ ４ 〕級 |
| 免疫・肝臓機能障がい　〔 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ 〕級 |
| 知的障がい者 Individuals with intellectual disability | 　〔 Ａ 〕 |
| 精神障がい者Individuals with mental disorder | 　〔 １ 〕級 |
| 要介護高齢者等Elderly individuals that require nursing care | 要介護度　〔 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ 〕 |
| 難病患者Individuals with intractable or terminal illness | 特定疾患医療受給者、特定医療費（指定難病）受給者、または小児慢性特定疾病医療受給者 |
| 妊産婦等Pregnant women | 母子健康手帳など、出産（予定）日がわかるものを提示してください。 |
| けが人Injured individuals | 確認書類（「医師の証明書」等）の原本を提出してください。 |
| その他Other | 確認書類（「医師の証明書」等）の原本を提出してください。 |

* 提供された個人情報は、本制度の交付等の事務に必要な場合のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
* 医師の証明書等の記載に関し、歩行が困難な状況について医師に確認することがあります。
* 現住所と住民票の住所が異なる場合は、住所記入欄に住民票の住所をご記入いただき、送付先住所をメモを貼付する等してお知らせください。　（郵送先が不明な場合、利用証をお渡しできなくなります。）

◇　お問い合せ先・郵送先

三重県　子ども・福祉部　家庭福祉・施設整備課　施設整備・ユニバーサルデザイン班

〒514－8570　津市広明町１３

電話：059-224-3349　 ＦＡＸ：059-224-2270 電子メール：ud@pref.mie.lg.jp