

埼玉県思いやり駐車場制度利用証 交付申請書

申請日： 2023年 11月 1日

交付対象者本人の情報を記載。

代理人による申請の場合は、

裏面の「代理人申請欄」に代理人
情報を記載。

埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

申請者
(交付対象者)

住所： (〒330-9301) さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇

氏名： 〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇 生年月日： 19〇〇年 〇月 〇

電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

該当する箇所にチェックを
入れる。いずれにも該当し
ない場合は、交付対象外。

※ 申請者が未成年の場合、その他代理人による申請の場合は、裏面の「代理人申請欄」の記入をお願いします。

歩行困難等の状況

- ☒ 障害、病気等のため、歩行が困難である。
☐ 障害、病気等のため、移動の際に特別な配慮が必要である。

該当する交付基準

※該当する項目の□にチ
ェックを入れてくださ
い。

- ☒ 身体障害
- ☐ 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
- ☐ 脳原性運動機能障害
☐ 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 ☐ 1級 ☐ 2級
☐ ぼうこう又は直腸 ☐ 3級 ☐ 4級
☐ 小腸 ☐ 免疫 ☐ 肝臓
- ☐ 知的障害 ☐ ㊤ ☐ A
☐ 精神障害 ☐ 1級
☐ 難病患者 病名：
☐ 高齢者等 要介護区分 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
☐ 妊産婦 出産予定日： 年 月 日
妊娠区分 ☐ 単胎 ☐ 多胎
☐ その他の方 必要とする期間： 年 月 日まで ※要診断書等

該当する箇所全てにチェッ
クを入れ、それを証明でき
る障害者手帳等の写しを確
認する。移動の際に車椅子を常時
使用する方で、「車椅子使
用者用の利用証（青色）」
の交付を希望する場合は
チェックを入れる。手帳等の交付基準に該当せず、
利用証の交付を希望する場合にチ
ェック。診断書等の提出が必要。

車椅子の使用状況

※「車椅子使用者用利用
証」の交付を希望され
る場合は、該当する項目の
□にチェックを入れてく
ださい。

- ☒ 移動の際は車椅子を常時使用している。
☒ 肢体不自由（下肢）の1級又は2級
☐ 肢体不自由（体幹）の1級、2級又は3級
☐ 脳原性運動機能障害（移動）の1級又は2級
☐ 高齢者等 要介護3、4又は5
☐ その他 ※要診断書等
(具体的な状況：)

該当する箇所にチェックを
入れる。
「その他」の場合は診断書
の提出が必要。

申請者は記載不要。

※ 裏面も必ずご記入。

窓口担当者が交付する利用証の情報を記載。

「有効期間」は、オレンジ色利用証の場合のみ記載。

(※以下は記載不要)

交付 年月日	2023年11月1日	交付 番号	〇〇〇〇〇〇	利用証 種類	☒ 青色 ☐ 緑色 ☐ オレンジ色	有効 期間	年 月 から 年 月 まで	交付台帳 入力	済
-----------	------------	----------	--------	-----------	---	----------	------------------	------------	---

全ての項目を確認、同意の上、チェックを入れる。

全てにチェックがない場合は、交付不可。

(裏面)

同意事項

私は、「埼玉県思いやり駐車場制度」について、次のことに同意し利用証を申請します。

(各項目を理解し、同意された方は、□にチェックを入れてください。)

- ☒ 私は、「高齢者、障害者等のための駐車施設」が満車の場合には、利用証を持っても駐車できないことがあることを理解します。
- ☒ 体調がよい場合や同乗者の介助などにより歩行や車からの乗降が容易となる場合は、必要とする方のために、一般の駐車区画を利用します。
- ☒ 車椅子を常時使用する方(青色の利用証をお持ちの方)は、ドアを全開にしなければ車から乗降できないことを理解し、車椅子使用者用駐車区画は、青色の利用証を所持している方を必ず優先します。
- ☒ 障害程度の軽減や要介護度の見直し等により交付基準に該当しなくなったときは利用証を返却します。有効期間を満了したときは利用証を返却もしくは破棄します。
- ☒ 利用証は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外のものに貸与若しくは使用させたり、譲渡することはしません。
- ☒ その他、埼玉県思いやり駐車場制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

添付書類等

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類等(住所・氏名・生年月日・交付基準に該当することが確認できる箇所)を提示又は添付してください。

- (1) 身体障害者・・・身体障害者手帳の写し
- (2) 知的障害者・・・療育手帳の写し
- (3) 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳の写し
- (4) 難病患者・・・①指定難病医療受給者証の写し
②特定疾患医療受給者証の写し
③小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- (5) 高齢者・・・介護保険被保険者証の写し
- (6) 妊産婦・・・母子健康手帳の写し ※表紙及び出産(分娩)予定日の記載があるページ
- (7) その他の方・・・医師の診断書・意見書等(3箇月以内のものに限る。)及び
本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し

2 郵送申請の場合は、以下に関係書類を送付してください。また、電子申請も可能です。

郵送申請先: 〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1 埼玉県福祉部福祉政策課政策企画担当
電話: 048-830-3223 FAX: 048-830-4801

代理人による申請の場合に記載。

【代理人申請欄】

代理人が申請する場合は、以下に必要事項を記載の上、代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを提示又は添付してください。

代理人氏名	〇〇 〇〇	申請者との続柄	妻
代理人住所	さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇		
代理人電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
確認事項 ※右の項目に該当する とを確認の上、□にチェック を入れてください。	☒ 交付対象者の承諾を得ている(又は法定代理人である) ☒ 代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し ☐ 法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合)		

※ 該当する箇所にチェックを入れる。
上の2つについては、両方にチェックがない場合は、交付不可。