

かながわ障害者等用駐車区画利用証 交付申請書

申請日 年 月 日

茅ヶ崎市長

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) ☐ 新規申請 ☐ 更新・再交付

|        |             |         |       |
|--------|-------------|---------|-------|
| (フリガナ) |             | 生年月日    |       |
| 氏名     |             | (西暦で記載) | 年 月 日 |
| 住所     | (〒 - ) 茅ヶ崎市 | 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                                                                              | 窓口                       |
|      | ( )     | <input type="checkbox"/> 申請者から承諾を受けている。<br>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)<br>申請者の戸籍謄本(未成年後見人の場合)<br>法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合) | <input type="checkbox"/> |

2. 交付区分

| 項番 | 区分                                            | 交付基準            | 等級等                                              | 窓口                       |   |   |
|----|-----------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------|--------------------------|---|---|
| 1  | 身体障害者                                         | 視覚障害            | 1級～4級                                            | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 2  |                                               | 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                                          |                          | 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 |                                                  | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 12 | 精神障害者                                         | 精神障害者保健福祉手帳 1級  | 級                                                | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 13 | 難病患者                                          | 特定疾患医療受給者       |                                                  | <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                                              | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 15 | 上記の区分に準ずる者<br>(「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」:   |                                                  | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 16 | 妊産婦                                           | 出産(予定)日         | 年 月 日                                            | <input type="checkbox"/> |   |   |
| 17 | けが人等                                          | 必要な期間           | 年 月 日 まで<br>(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) | <input type="checkbox"/> |   |   |

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。

- ☐ 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、譲渡することとはしません。(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。)
- ☐ 利用証は、交付を受けた以外の目的で使用しません。
- ☐ 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。
- ☐ 利用証を持っても、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。)
- ☐ 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。
- ☐ 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】

- ☐ 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。

【個人情報の取扱い】

- ☐ 利用証の交付及び交付状況の管理のために、申請を受け付けた市町村が、神奈川県に申請情報を提供することを了承します。

【確認書類等】

申請の際には、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 **申請窓口**に提示してください。

| 項番   | 区分         | 確認書類※                                                         |
|------|------------|---------------------------------------------------------------|
| 1～10 | 身体障害者      | 身体障害者手帳                                                       |
| 11   | 知的障害者      | 療育手帳                                                          |
| 12   | 精神障害者      | 精神障害者保健福祉手帳                                                   |
| 13   | 難病患者       | 受給者証                                                          |
| 14   | 高齢者        | 介護保険被保険者証                                                     |
| 15   | 上記対象者に準ずる者 | ①「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)」)<br>②医師の診断書又は医師・療育機関等の意見書 |
| 16   | 妊産婦        | 母子健康手帳                                                        |
| 17   | けが人等       | ①医師の診断書または意見書等 ②身分証明書                                         |

※ 駐車禁止除外指定車標章の交付を受けている場合、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。

【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)<br>有効期限 | 台帳(システム)<br>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】

妊産婦:出産(予定)日の翌日から1年 (例)出産(予定)日が令和7年2月1日→有効期限:令和8年2月1日  
けが人等:必要な期間 (例)必要な期間が令和7年8月11日まで→有効期限:令和7年8月11日