

新潟県おもいやり駐車場制度利用証交付申請書（新規・更新・再交付）

(いずれかを○で囲んでください。)

年 月 日

新潟県知事 様

郵便番号

住所

申請者本人 ふりがな

氏 名

電話番号

代 理 人 ふ り が な

氏 名

続 柄

電話番号

私は、下記のとおり歩行が困難等の状況であるため、確認事項に同意のうえ、おもいやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

1 歩行困難等の状況（該当する項目の□にレを記入してください。）

- ☐ 視覚障害、平衡機能障害又は肢体不自由により歩行が困難である。
- ☐ 内部疾患、病気等により、めまい、息切れ等が起こるため歩行が困難である。
- ☐ 歩行の際に介助や特別な器具などを有するため歩行が困難である。
- ☐ 下肢にふるえ、すくみが起きるため歩行が困難である。
- ☐ 歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。
- ☐ お腹が大きい等で歩行が困難な妊婦、子の乗せ降ろしに広い空間が必要な産婦である。
- ☐ その他（上記以外の場合は具体的な歩行が困難な状況を下記に記入してください。）

2 使用区分・障害等の状況等（該当する□にレを記入し、必要箇所に級数等を記入）

使用区分	障害等の状況
<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <u> </u> 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <u> </u> 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <u>上肢</u> 級 <u>下肢</u> 級 <u>体幹</u> 級 脳原性 <u>上肢機能</u> 級 <u>移動機能</u> 級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障害 <u> </u> 級
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要支援（ 1 2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ 1 2 3 4 5 ）
<input type="checkbox"/> 難病患者	特定疾患医療受給者及び特定医療費（指定難病）受給者
<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級
<input type="checkbox"/> 発達障害のある者	歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者
<input type="checkbox"/> 妊産婦	<input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日： <u> </u> 年 <u> </u> 月 <u> </u> 日 <input type="checkbox"/> 多胎
<input type="checkbox"/> その他が人、病気等	<input type="checkbox"/> 必要とする期間： <u> </u> ヶ月間

○ 再交付申請の場合、理由を下記の該当する箇所にチェックまたは記載してください。

☐紛失 ☐汚損、破損 ☐ その他〔具体的に（ ）〕

現利用証返却	済 ・ 未 ・ 紛失
交付番号	
有効期限	年 月

裏面も御記入ください

交付番号	
有効期限	年 月

3 確認事項

私は、「新潟県おもいやり駐車場制度」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、□にレを記入してください。)

- ☐ 「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を理解します。
- ☐ 【車椅子利用者やお腹の大きい妊婦以外の方】
広幅と通常幅の両方のおもいやり駐車場がある場合は、可能な限り広幅の方は車椅子利用者等に譲るよう努めます。(車椅子利用者やお腹の大きい妊婦は乗り降りする際に車のドアを全開にする必要があるため。)
- ☐ 介助者が同乗しているときや、体調が良いときなど、歩行や乗り降りに支障がないときは、車椅子利用者等、より歩行が困難な方のために、一般の駐車場に駐車します。
- ☐ 内部障害や精神障害等、歩行困難であることが外見で判断しづらい人も利用証の交付対象であることを理解します。
- ☐ 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- ☐ 有効期間の満了後は、利用証の利用をやめ、利用証を返却します。
障害程度の軽減等により歩行が困難でなくなったときは、利用証を返却します。

～ 注 意 事 項 ～

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を添付してください。

【新規申請（初めて申請する場合）・更新申請（有効期限後の利用を更に申請する場合）】

- 身体障害者……身体障害者手帳(写し)
- 高 齢 者……介護保険被保険者証(写し)
- 難 病 患 者……特定疾患医療受給者証又は特定医療費(指定難病)受給者証(写し)
- 知的障害者……療育手帳(写し)
- 精神障害者……精神障害者保健福祉手帳(写し)
- 発 達 障 害……医師等の診断を記載した書面(原本)
- 妊 産 婦……母子健康手帳(写し)(妊娠7か月(妊娠 24 週)より前に申請する場合は、医師の診断を記載した書面(原本)及び母子健康手帳(写し))
- その他けが人、病気等…医師の診断を記載した書面(原本)

※更新申請で、窓口で申請する場合は、現在使用している利用証もご持参ください。

【再交付申請（破損・紛失等で利用証が使用できなくなった場合）】

再交付申請において、前回の申請内容と変更がない場合、添付書類は不要です。

※ お預かりした個人情報、新潟県個人情報保護条例に基づき、新潟県おもいやり駐車場利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、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。

記入例

様式第2号（第4条関係）

（表面）

新潟県おもいやり駐車場制度利用証交付申請書（新規・更新・再交付）

いずれかを○で囲んでください。
（有効期限切れによる申請→更新、
紛失等による申請→再交付）

（いずれかを○で囲んでください。）

年 月 日

新潟県知事 様

郵便番号

住 所

電話番号

申請者本人 ふりがな

氏 名

代 理 人 ふりがな

氏 名

続 柄

電話番号

記入日を
記入して
ください。

代理人が申請書を記入される
場合に記入してください。
（代理人の範囲は問いません）
電話番号も必ず記入してくだ
さい。

歩行が困難等の状況を該当する
項目の□にレを入れてくださ
い。その他の場合は、具体的な
状況を記入してください。

私は、下記のとおり歩行が困難等の状況であるため、確認事項に同意のうえ、
おもいやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

1 歩行困難等の状況（該当する項目の□にレを記入してください。）

- ☐ 視覚障害、平衡機能障害又は肢体不自由により歩行が困難である。
☒ 内部疾患、病気等により、めまい、息切れ等が起こるため歩行が困難である。
☐ 歩行の際に介助や特別な器具などを有するため歩行が困難である。
☐ 下肢にふるえ、すくみが起きるため歩行が困難である。
☐ 歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。
☐ お腹が大きい等で歩行が困難な妊婦、子の乗せ降ろしに広い空間が必要な産婦である。
☐ その他（上記以外の場合は具体的な歩行が困難な状況を下記に記入してください。）

2 使用区分・障害等の状況等（該当する□にレを記入し、必要箇所に級数等を記入）

使用区分	障害等の状況
<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 視覚障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 ____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 ____ 級 下肢 ____ 級 体幹 ____ 級 脳原性 上肢機能 ____ 級 移動機能 ____ 級 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓・腎臓等内部障害 2 級
<input type="checkbox"/> 高齢者	<input type="checkbox"/> 要支援（1 2） <input type="checkbox"/> 要介護（1 2 3 4 5）
<input type="checkbox"/> 難病患者	特定疾患医療受給者及び特定医療費（指定難病）受給者
<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> 精神障害者	<input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級
<input type="checkbox"/> 発達障害のある者	歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者
<input type="checkbox"/> 妊産婦	<input type="checkbox"/> 出産（分娩予定）日： ____ 年 ____ 月 ____ 日 <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> 必要とする期間： ____ ケ月間

該当する箇所の□にレを記入し
てください。

該当箇所を○で囲んで
ください。

更新の方等は、現利用証の返却
状況の該当するものに、○を付
して下さい。また、交付番号等
も記入して下さい。

該当する場合、□にレを記入
してください。

☐ 紛失 ☐ 盗難、破損 ☐ その他〔具体的に（ ）〕

こちらの欄は記入しないで下さい。

現利用証返却	済・未・紛失
交付番号	
有効期限	年 月

裏面も御記入ください

交付番号	
有効期限	年 月

おもいやり駐車場を皆様が気持ちよく使うために、確認事項欄の内容に同意し、全ての□にレを記入してください。

(裏面)

3 確認事項

私は、「新潟県おもいやり駐車場制度」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、□にレを記入してください。)

- ☐ 「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を理解します。
- ☐ 【車椅子利用者やお腹の大きい妊婦以外の方】
広幅と通常幅の両方のおもいやり駐車場がある場合は、可能な限り広幅の方は車椅子利用者等に譲るよう努めます。(車椅子利用者やお腹の大きい妊婦は乗り降りする際に車のドアを全開にする必要があるため。)
- ☐ 介助者が同乗しているときや、体調が良いときなど、歩行や乗り降りに支障がないときは、車椅子利用者等、より歩行が困難な方のために、一般の駐車場に駐車します。
- ☐ 内部障害や精神障害等、歩行が困難であることを理解し、利用証の交付対象であることを理解します。
- ☐ 利用証を他人に譲渡、貸与しないことを理解します。
- ☐ 有効期間の満了後は、利用証の利用をやめ、利用証を返却します。
障害程度の軽減等により歩行が困難でなくなったときは、利用証を返却します。

同乗者がいる場合は、当スペースで歩行困難な方が乗り降りされた後は、一般駐車場に移動していただくようお願いします。(歩行困難な方が常時介助等必要な場合は除く。)
乳幼児連れの場合も、抱っこされる同乗者がいる場合は、一般駐車場を御利用ください。

～ 注 意 事 項

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類

【新規申請（初めて申請する場合）・更新申請（有効期限後の利用証を更に申請する場合）】

- 身体障害者・・・身体障害者手帳(写し)
- 介護保険被保険者・・・介護保険被保険者証(写し)
- 特定疾患医療受給者証又は特定医療費(指定難病)受給者証(写し)
- 療育手帳(写し)
- 精神障害者保健福祉手帳(写し)

- 発達障害・・・医師等の診断を記載した書面(原本)
- 妊産婦・・・母子健康手帳(写し)(妊娠7か月(妊娠24週)以降は、医師の診断を記載した書面(原本)及び母子健康手帳(写し))
- その他けが人、病気等・・・医師の診断を記載した書面(原本)

※更新申請で、窓口で申請する場合は、現在使用している利用証もご持参ください。

【再交付申請（破損・紛失等で利用証が使用できなくなった場合）】

再交付申請において、前回の申請内容と変更がない場合、添付書類は不要です。

①氏名
②住所
③障害等の状況など交付基準に該当することが分かる箇所が入るようにコピーして添付してください。

母子健康手帳の氏名及び交付日が分かる箇所(表紙)をコピーして添付してください。

①傷病名
②歩行困難であること
③歩行困難な期間が分かる医師の診断を記載した書面(書面の様式は問いません)を添付してください。

※ お預かりした個人情報、新潟県個人情報保護条例に基づき、新潟県おもいやり駐車場利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、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。