様式第１号（第６条関係）

記入例

※再交付の場合は、〇を付ける。↓ ☐

埼玉県思いやり駐車場制度利用証　交付申請書

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。

申請日：　２０２３年　１１月　１日

埼玉県知事　様

以下のとおり、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

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（交付対象者）

（〒３３０－９３０１）

住　　所：　さいたま市浦和区高砂〇－〇－〇

ふりがな　〇〇〇〇　〇〇〇

氏　　名：　〇〇　〇〇　　生年月日：１９〇〇年　〇月　〇日

電話番号：　〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇

※　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 ☐ぼうこう又は直腸 ☐小腸　☐免疫　☐肝臓 ☐１級　☐２級 ☐３級　☐４級
	☐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
	☐その他の方	必要とする期間：　　年　　月　　日まで　※要診断書等
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。

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。

※　裏面も必ずご記入ください。

申請者は記載不要。
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、**利用証を持ってい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

【代理人申請欄】

代理人による申請の場合に記載。

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	○○　○○	申請者との続柄	妻
代理人住所	さいたま市浦和区高砂○－○－○		
代理人電話番号	○○○－○○○－○○○○		
確認事項 ※右の項目に該当することを確認の上、□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。

※記載された個人情報は、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付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。