

# 京都おもいやり駐車場利用証交付申請書

年 月 日

京都府知事 様

申請者 郵便番号  
住所

ふりがな  
氏名

生年月日 年 月 日

電話番号

## 1 歩行困難を伴う状況（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である。  歩行の際に介助や特別な器具などを要する。  
 下肢に震えやすくみが起こる。  歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。  
 内部疾患等により、めまい、息切れ等が起こる。  
 その他（ ）

## 2 使用区分（該当する項目の□にレを記入してください。）

区分・対象		等級・手帳番号等	確認書類等
障害者	<input type="checkbox"/> 視覚 4級以上	手帳番号 .....級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
	<input type="checkbox"/> 聴覚 3級以上		
	<input type="checkbox"/> 平衡機能 5級以上		
	<input type="checkbox"/> 上肢 2級以上		
	<input type="checkbox"/> 下肢 6級以上		
	<input type="checkbox"/> 体幹 5級以上		
	脳病変による運動機能障害 <input type="checkbox"/> 上肢 2級以上 <input type="checkbox"/> 移動 6級以上		
	内部障害等（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓） <input type="checkbox"/> 4級以上		
知的障害 <input type="checkbox"/> 障害程度マルA又はA	手帳番号	<input type="checkbox"/> 療育手帳	
精神障害 <input type="checkbox"/> 障害区分1級	手帳番号	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
難病患者 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受給者	受給者番号	<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者票 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患医療受診券	
高齢者 <input type="checkbox"/> 要介護度1～5	要介護（ ） 被保険者番号	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	
妊産婦 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳取得～産後12箇月	出産（予定）日 年 月 日 No.	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳	
けが人 <input type="checkbox"/> けが等で一時的に歩行困難な者	車椅子、つえ等の使用期間 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 診断書等、本人確認書類（※）	
その他 <input type="checkbox"/> その他歩行困難者	状況等	<input type="checkbox"/> 診断書等、本人確認書類（※）	

（※）本人確認書類：運転免許証、保険証等

窓口記入欄

確認書類	窓口（担当者名）	交付番号	有効期限	年 月
------	----------	------	------	-----

## ■代理申請について

- ・代理申請は本人の承諾を得ている場合に限られます。
- ・本人に代わって利用証の交付を申請する場合は、下記の記入欄に御記入の上、交付要件に該当することが確認できる書類に加え、窓口に来られた方の本人確認書類（運転免許証、保険証等）を窓口に表示してください。

### 【代理人記入欄】

住 所 (施設名含む)	
氏 名	
電 話 番 号	

\* 申請書に記載された個人情報は、京都府が京都おもいやり駐車場利用証制度に係る事務のみに使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。