様式第４号（第５条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **障がい者等用駐車区画利用証交付申請書**  　　　年　　月　　日  大阪府知事　様  　　大阪府障がい者等用駐車区画利用証の交付を申請します。  　　　　　　　　　　郵便番号　〒  　　　　　　申請者　住　　所　大阪府    　　　　　　　　　　連絡先（電話番号等）  ※土日祝を除く、9時～18時に連絡のつく連絡先を**必ず**記載ください。 | | |
| **障がい等の状況について**  ※該当する項目の□にチェックを入れ、等級等に○を付けてください。 | □身体障がい者 | □視覚障がい〔１級・２級・３級・４級〕 |
| □聴覚障がい〔２級・３級〕 |
| □平衡機能障がい〔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〕 |
| □脳原性運動機能障がい  　　上肢〔１級・２級〕  　　移動〔１級・２級・３級・４級・５級・６級〕 |
| □心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこうまたは  直腸・小腸機能障がい〔１級・３級・４級〕 |
| □免疫・肝臓機能障がい〔１級・２級・３級・４級〕 |
| □知的障がい者 | 〔Ａ〕 |
| □精神障がい者 | 〔１級〕 |
| □難病患者 | 病名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □要介護者 | 要介護状態区分〔要介護１・２・３・４・５〕 |
| □妊産婦 | 出産(予定)日〔　　　　　年　　月　　日〕 |
| □けが人等 | 〔車いす・杖・その他〕  使用期間〔　　　　　年　　月　　日まで〕 |

**車いすの使用状況について**

　移動の際に車いすを**常時使用**されている方のみ、下欄についてもご確認いただき、該当する場合は、□にチェックを入れてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 1）車いす使用者用駐車区画利用証の発行を希望されますか。 □ はい　 □ いいえ(以下、回答不要) | |
| ２）右の表に該当するものはありますか。  □　は　い  □　いいえ　→　車いす使用者であることを証明できる書類又は医師の診断書等の写しおよび本人確認書類（自動車運転免許証、保険証等）の写しが必要になります。 （**裏面「注意事項２」参照**） 　上記書類がない場合にはご相談ください。 | |  |  | | --- | --- | | 肢体不自由 | 下肢　１～２級 | | 体幹　１～２級 | | 脳原性運動  機能障がい | 移動　１級 | | 要介護者 | 要介護状態区分  要介護　３～５ | |

※記載された個人情報は、大阪府障がい者等用駐車区画利用証の交付等の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。

**注意事項**

１　申請の際には、確認のためにそれぞれ次の**書類の写し（氏名・住所・交付要件に該当する旨の記載があるところ）**を添付してください。

1. 身体障がい者・・・・身体障がい者手帳
2. 知的障がい者・・・・療育手帳
3. 精神障がい者・・・・精神障がい者保健福祉手帳
4. 難病患者・・・・・・特定医療費（指定難病）受給者証等又は医師の診断書等※、  
   　　　　　　　　　　疾病名を確認できるもの

※診断書等の場合は本人確認書類（自動車運転免許証、保険証等）も添付

1. 要介護者・・・・・・介護保険被保険者証
2. 妊産婦・・・・・・・母子健康手帳（表紙および出産予定日を記載したページ）および

本人確認書類（自動車運転免許証、保険証等）

1. けが人等・・・・・・医師の診断書・意見書等（３箇月以内のものに限る。）および  
   　　　　　　　　　　本人確認書類（自動車運転免許証、保険証等）

　２　移動の際に常時車いすを使用されている方で、肢体不自由（下肢１・２級、体幹１・２級）、

　　脳原性運動機能障がい（移動１級）、要介護者（要介護状態区分　要介護３～５）以外の方は、

車いす使用者であることを証明できる書類（例：サービス利用票別表、車いすレンタルの請求

書、車いす購入の領収書等）又は医師の診断書等の写しおよび本人確認書類（自動車運転免許証、保険証等）の写しを添付してください。

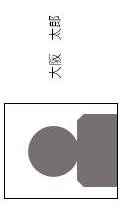
３　利用証を郵送するための**切手(140円分)**を同封してください。（**切手以外不可**）

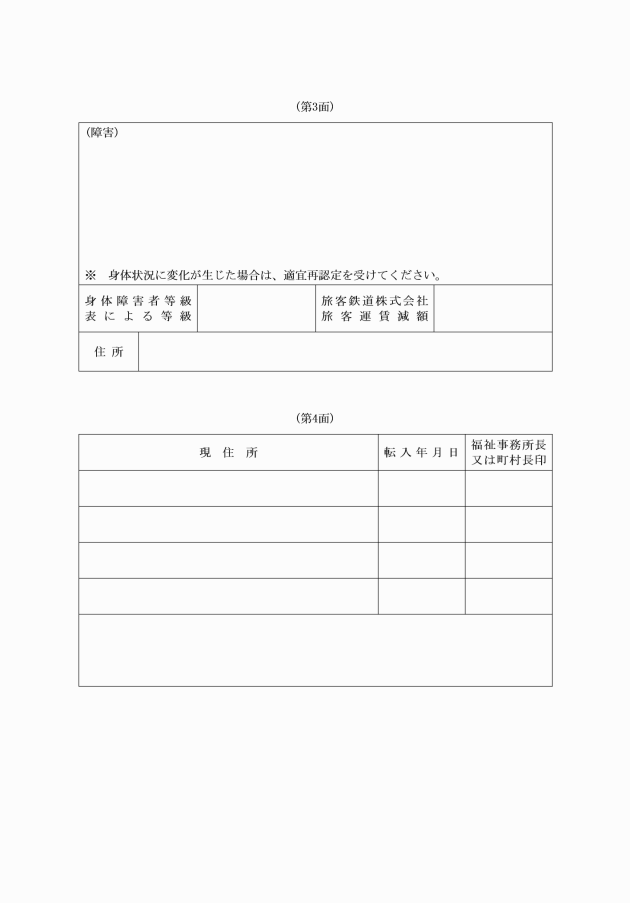
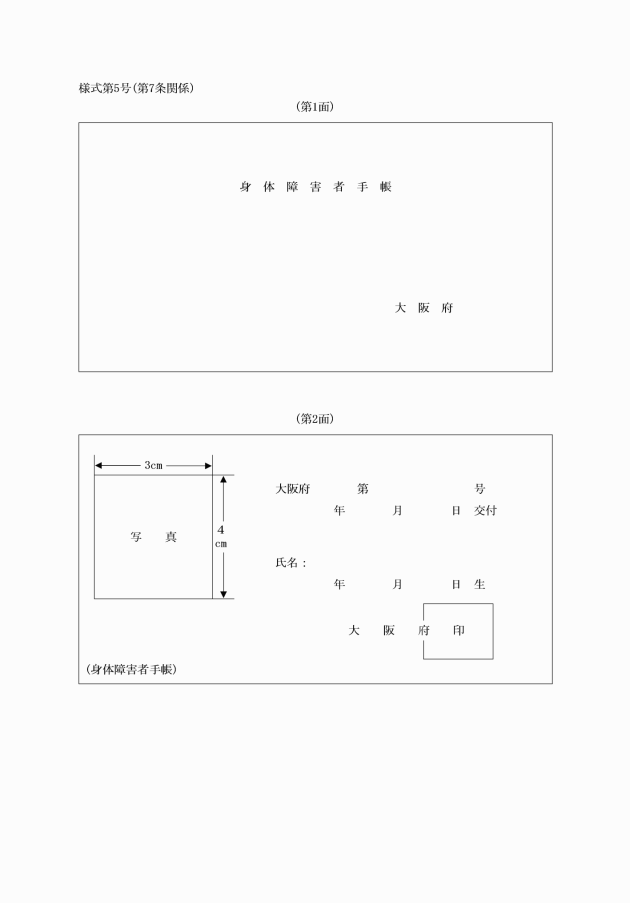
４　更新申請時には、現在お持ちの利用証を併せてご返却下さい。

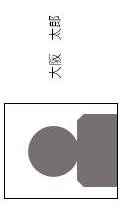
「氏名」「住所」「障がい名（●●機能障がい等）●級」の記載も含めて写しを取ってください。手帳によっては、カバーから出す必要があります。

＊各種手帳の写しを取る際には、以下の点にご留意ください＊

（大阪府手帳のイメージ）





障がい名住所総合等級

●●機能障がい　　　　●級

**問い合わせ・申請先**

大阪府 福祉部 障がい福祉室 障がい福祉企画課　　　 【TEL】06-6944-2362

〒５４０－８５７０　大阪市中央区大手前２丁目　　　 【FAX】06-6942-7215

「大阪府障がい者等用駐車区画利用証制度」ホームページ

https://www.pref.osaka.lg.jp/keikakusuishin/riyousyouseido/index.html

氏名

**住所**

手帳によっては、以下のように折り畳まれていることがあります。「氏名」だけでなく、カバーから出して、「住所」 「障がい名（●●機能障がい等）●級」の記載があるところまで写しを取ってください。

**氏名**