

### 三重おもいやり駐車場利用証 再交付 申請書

三重県知事あて  
利用証交付市町長あて

利用証番号

令和 年 月 日

申請者本人 〒 \_\_\_\_\_ [ \_\_\_\_\_ ]

受付印欄	
市町	
県	

住 所 (Address) \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 (Name) \_\_\_\_\_

生年月日 (Date of birth) 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 (Tel) ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

代理人 住 所  申請者と同じ

〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

【代理人の本人確認書類（運転免許証等）を提示してください。】

代理人への利用証の送付(  あり ) ※代理人へ利用証を送付する場合のみチェックする。

下記のとおり利用証の再交付を申請します。

#### 1 区 分

- 障がい者 (  身体障がい  知的障がい  精神障がい )  
 要介護高齢者等  難病患者  妊 産 婦  
 け が 人  そ の 他

#### 2 申請の理由

- 紛失  破損  その他

紛失・破損等の状況 ( \_\_\_\_\_ )

#### 3 自動車に乗り降りするとき、マークのついた区画幅（3.5mの区画幅）が

- 必要  不必要

(注) 1 「申請の理由」欄には、紛失、汚損等の状況を記載してください。

2 再交付時に新たな有効期限の設定をご希望の場合は、裏面の区分等にご記入の上、以下の手帳等のうち該当するものを提示（医師の証明書、診断書は原本を提出）してください。

- 身体障害者手帳
- 療育手帳
- 精神障害者保健福祉手帳
- 介護保険被保険者証
- 特定疾患医療受給者証
- 特定医療費（指定難病）受給者証
- 小児慢性特定疾病医療受診券
- 母子健康手帳
- 医師の証明書または診断書

**区分等** 【該当する区分に○をつけ、確認書類の番号等欄に必要事項を記入してください。(太線内)】

区 分		交 付 要 件	確認書類の番号等	
① 障がい者 (Individuals with Disability)	視覚障がい	1.2.3.4 級	身体障害者手帳 番号 ( )	
	聴覚障がい	2.3 級		
	平衡機能障がい	3.5 級		
	肢体不自由	上肢		1.2 級
		下肢		1.2.3.4.5.6 級
		体幹		1.2.3.5 級
	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障がい	上肢機能		1.2 級
		移動機能		1.2.3.4.5.6 級
	心臓・じん臓・呼吸器・小腸・ぼうこう又は直腸の機能障がい	1.3.4 級		
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい・肝臓機能障がい	1.2.3.4 級		
知的障がい	療育手帳の障害程度 A	療育手帳 番号 ( )		
精神障がい	精神障害者保健福祉手帳 1 級	精神障害者保健福祉手帳 番号 ( )		
② 要介護高齢者等 (Elderly individuals that require nursing care)	要介護 1.2.3.4.5	介護保険被保険者証 番号 ( )		
③ 難病患者 (Individuals with intractable or terminal illness)	特定疾患医療受給者、特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療受給者	受給者証 又は 受診券 番号 ( )		
④ 妊産婦等 (Pregnant women)	母子健康手帳交付～産後1年6か月	母子健康手帳番号( ) 出産(予定)日: 年 月 日		
⑤ けが人 (Injured individuals)	けがによる一時的な歩行困難者で、駐車場の利用に配慮が必要な方	医師の証明書等 歩行困難な期間: 年 月 日まで		
⑥ その他 (Others)	上記以外の歩行困難者で、駐車場の利用に配慮が必要な方	医師の証明書等 歩行困難な期間: 年 月 日まで		

【窓口で確認書類等を提示してください。⑤、⑥の確認書類(医師の証明書等)は原本等を提出してください】

- ・記載された個人情報とは、「三重おもいやり駐車場利用証」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。
  - ・医師の証明書等の記載内容に関し、歩行が困難な状況について医師に確認することがあります。
  - ・後日、利用実態についてのアンケートをお願いすることがあります。
- 同意する     同意しない

◇ お問い合わせ先

三重県 子ども・福祉部 地域福祉課 ユニバーサルデザイン班

〒514-8570 津市広明町13

電話: 059-224-3349    FAX: 059-224-3085    電子メール: ud@pref.mie.lg.jp

【受付窓口等記入欄: 申請者は記入しないでください。】

窓口確認の状況	<input type="checkbox"/> 新たな有効期間で発行 確認書類 (各種手帳、被保険者証、受給者証、 受診券、医師の証明書・診断書、 台帳により確認( ))	代理人の確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 有効期間変更なし	利用証交付日	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 即日交付
		利用証番号	
		有効期限	令和 年 月 / 無期限