

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。**

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。

内部障害や精神障害等、歩行交付対象であることを理解します。

利用証を他人に譲渡、貸与又は持ちこたえることとはしません。

有効期間の満了後は、利用証の利用ができません。障害程度の軽減等により歩行が困難な場合は、利用証を返却します。

～ 注 意

申請の際には、確認のためにそれぞれ以下を添付してください。

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。

【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)

介護保険被保険者証…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…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…療育手帳(写し)

精神障害者保健福祉手帳…精神障害者保健福祉手帳(写し)

身体障害…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。

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。

【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。

郵送での申請や利用証の返却は、右記まで送付をお願いします。

〒950-8570

新潟市中央区新光町 4-1

新潟県庁障害福祉課

おもいやり駐車場担当 行

× きりとり ×

× きりとり ×