

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（該当する項目の口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（該当する項目の口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	☐ 視覚 4級以上	級 手帳番号	身体障害者手帳
	☐ 聴覚 3級以上		
	☐ 平衡機能 5級以上		
	☐ 上肢 2級以上		
	☐ 下肢 6級以上		
	☐ 体幹 5級以上		
	☐ 脳病変による運動機能障害 ☐ 上肢 2級以上 ☐ 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） ☐ 4級以上		
知的障害 ☐ 障害程度マルA又はA		手帳番号	療育手帳
精神障害 ☐ 障害区分1級		手帳番号	精神障害者保健福祉手帳
難病患者 ☐ 特定医療費（指定難病）受給者 ☐ 特定疾患医療受給者 ☐ 小児慢性特定疾病医療費受給者		受給者番号	☐ 特定医療費（指定難病）受給者証 ☐ 特定疾患医療受給者票 ☐ 小児慢性特定疾病医療受給者証
高齢者等 ☐ 要介護度1～5		要介護（ ） 被保険者番号	介護保険被保険者証
保 妊 護 産 者 婦 ・	☐ 単胎児（母子健康手帳取得～2歳未満）	出産予定日/子の生年月日 年 月 日	☐ 母子健康手帳 ☐ 子の年齢を確認することができる書類
	☐ 多胎児（母子健康手帳取得～3歳未満）	母子健康手帳No.	
けが人 ☐ 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	診断書等、本人確認書類 （運転免許証等）
その他 ☐ その他歩行困難者		状況等	診断書等、本人確認書類 （運転免許証等）

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（運転免許証等）を窓口に提示してください。

【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。