

京都おもいやり駐車場利用証交付申込書

お住まいの 市町村	
ふり 氏 がな 名	(代理人（保護者）名)

以下の事由により、歩行が困難等移動に配慮が必要であるため、
京都おもいやり駐車場の利用を必要とします。

交付対象区分	確認書類
☐ 身体障害者	身体障害者手帳
☐ 知的障害者	療育手帳
☐ 精神障害者	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及び小児慢性特定疾病医療費受給者)	特定医療費(指定難病)受給者証、 特定疾患医療受給者票、 又は小児慢性特定疾病医療受給者証
☐ 高齢者等(要介護者・要支援者)	介護保険被保険者証
☐ 妊産婦・保護者	母子健康手帳等 (出産後は子の年齢が確認できる書類)
☐ 上記以外で移動に配慮が必要な者	医師の診断書・意見書

※該当の区分にチェックをお願いします。
※本用紙に記載された個人情報、京都府及び受付窓口機関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。

窓口記入欄

窓口名		有効期限	☐ 年 月
			☐ 交付対象者に該当しなくなるまで