

■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。

京都おもいやり駐車場 利用証制度



京都おもいやり駐車場利用証制度とは

障害や高齢・難病で歩行が困難な方、または、けが人や妊産婦で一時的に歩行が困難な方など本当に必要な方に利用証を交付して車いすマークの駐車場を利用いただくための制度です。
利用できる駐車場には、「京都おもいやり駐車場」の表示をしています。

利用証

おもいやり駐車場を利用する際に、自動車のルームミラーにかけるなど、外から見えるように掲示します。
他府県に設置されたおもいやり駐車場にも利用できます。
(京都府内では、公安委員会が発行する駐車禁止除外指定車標章も利用証として代用できます。)



交付対象となる方

以下の基準に該当する方で、歩行や車の乗降が困難な方

●身体障害者手帳の障害の等級が次の表に該当する方

視覚障害者		1～4 級
聴覚又は平衡機能の障害	聴覚障害	2,3 級
	平衡機能障害	3,5 級
肢体不自由	上肢	1～2 級
	下肢	1～6 級
	体幹	1～3,5 級
乳幼児期以前の非進行性の 脳病変による運動機能障害	上肢機能	1～2 級
	移動機能	1～6 級
心臓機能障害		1,3,4 級
じん臓機能障害		1,3,4 級
呼吸器機能障害		1,3,4 級
ぼうこう又は直腸の機能障害		1,3,4 級
小腸機能障害		1,3,4 級
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害		1～4 級
肝臓機能障害		1～4 級

●知的障害者

療育手帳の障害の程度が「A」の方

●精神障害者

精神障害者保健福祉手帳の等級が「1 級」の方

●難病患者

特定医療費（指定難病）受給者証若しくは特定疾患

医療受給者票をお持ちの方

小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方

●高齢者等

要介護状態区分が「要介護1」～「要介護5」の方

●妊産婦・保護者

妊娠中の方

2歳未満（多胎児の場合は、3歳未満）の子の保護者

●けが人

けが等により一時的に移動に配慮が必要な方

●その他

診断書等により、歩行や乗降が困難と認められる方

申請手続き

●窓 口

京都府府民総合案内・相談センター	075-411-5000	山城南保健所	0774-72-0979
家庭支援総合センター	075-531-9600	南丹保健所	0771-62-0361
乙訓保健所	075-933-1154	中丹西保健所	0773-22-5766
山城北保健所	0774-21-2102	中丹東保健所	0773-75-0856
山城北保健所綴喜分室	0774-63-5745	丹後保健所	0772-62-4302

●必要書類

①申請書：窓口へ備え付けているほか京都府ホームページからもダウンロードできます。

ホームページ <http://www.pref.kyoto.jp/omoiyari-pp/>

②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：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）

○けが人：診断書等（歩行、乗降の状態がわかるもの）、本人確認書類

○その他：診断書等（歩行、乗降の状態がわかるもの）、本人確認書類

●申請方法：上記窓口での申請のほか、郵送でも受け付けます。

送付先 〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

京都府健康福祉部 地域福祉推進課

郵送による申請の場合は、申請書のほかに確認書類の写し、返信用切手140円（利用証1枚の場合）を同封してください。

問い合わせ先

●京都府健康福祉部 地域福祉推進課 TEL 075-414-4551 FAX 075-414-4615

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	身 体 障 害	☐ 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		
	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
------	--	----------	--	--	------	--	------	-----