

ちば障害者等用駐車区画利用証 交付申請書

太枠の中を
ご記入ください

（申請日）

令和 年 月 日

千葉県知事 様

私は歩行や車の乗降が困難なため、次の確認事項に同意し、「ちば障害者等用駐車区画利用証制度実施要綱」第5条第1項の規定に基づき、利用証の交付を申請します。

【確認事項】 次の内容に同意される場合、□にチェック(✓)を入れてください。**すべての□にチェックがない場合、申請を受理することができません。**

- ☐ 介助者が同乗している時や体調が良い時など、歩行や乗降に支障がない場合には、車いす利用者などドアを全開にする必要がある方のために、幅の広い区画を譲ります。
- ☐ 利用証は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外の者に貸与若しくは使用させたり、譲渡することはありません。
- ☐ 有効期限の満了や障害の軽減などにより、利用対象者でなくなった時は、すみやかに利用証を廃棄します。

ふりがな		生年月日	T・S H・R 年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
電話番号	自宅・携帯（ ） —		

※ 記載欄には、該当する項目に、等級や介護度、出産予定日等を記入してください。

区分		交付基準	記載欄	申請に必要な書類
身体障害者	視覚障害	1級～4級	級	身体障害者手帳 ※ ここでいう総合級とは、同一部位に関する複数の障害の等級が合わさったもの
	聴覚障害	2級、3級	級	
	平衡機能障害	3級、5級	級	
	肢体不自由	上肢	1級、2級（総合 級）※	
		下肢	1級～6級（総合 級）※	
		体幹	1級～3級、5級	
		脳原性運動機能障害	1級、2級	
		移動機能	1級～6級	
	内部障害（免疫機能障害を含む）		1級～4級	
知的障害者		Aの2以上		療育手帳
精神障害者		1級	級	精神障害者保健福祉手帳
難病患者 （該当する場合、記載欄に○をつける）		特定疾患医療受給者		受給者証
		特定医療費（指定難病）受給者		
		小児慢性特定疾病医療受給者		
高齢者等		要介護状態区分 1～5	要介護	介護保険被保険者証
妊産婦 （出産予定日を記載）	出産予定日 年 月 日			母子健康手帳
	多胎児（双子、三つ子など）の場合、記載欄に○をつける			
けが人等 （該当する場合、記載欄に○をつける）		医師の診断書等により、障害者等用駐車区画の使用が必要であると認められる者		医師の診断書・意見書 身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）

（交付窓口記入欄）

窓口名	利用証の種類	青 ・ 橙	交付番号	No.
	交付年月日	年 月 日	有効期限 （橙色の利用証）	年 月末

～注意事項～

- 1 申請書の受付は、千葉県（郵送）及び各市町村（窓口）で行っています。詳細については、県及び各市町村のホームページ等でご確認ください。
- 2 郵送の場合は、この申請書に加え、表面に記載の申請に必要な書類（本人確認のため氏名、住所及び交付対象であることがわかる事項が記載されている部分）の写しを全て添付するとともに、利用証送付用として、返信先の郵便番号、住所、氏名を明記の上、180 円切手を貼ったA4サイズの封筒を同封して送付してください。
(代理人申請の場合は本人確認書類の写しを併せて添付してください。)
(妊産婦の方は氏名、住所のほかに予定日を記入したページの写しが必要です。多胎児の場合は、多胎児の各々の手帳の写し（表紙を含む）が必要です。)
- 3 本人以外の方が交付窓口で利用証を受領しようとする場合は、表面の確認書類に加えて、代理人の方の身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）を交付窓口に提示してください。併せて、以下の代理人記入欄に必要事項を御記入ください。

【代理人記入欄】 本人の承諾を得ている又は法定代理人であることが必要です。

代理人氏名	(続柄)
代理人住所	〒 □申請者と同じ
代理人電話番号	() -
本人の承諾	☐ 承諾を得ている又は法定代理人である。 ※ ☐ にチェック (✓) を入れてください。

●申請者本人が入居等している施設の方が代理人として利用証を受領される場合は、代理人の氏名・住所・電話番号に加え、所属する施設の名称・所在地・電話番号を記入してください。

施設名	
施設所在地	〒
施設電話番号	() -

記載された個人情報は、県又は各市町村の交付窓口が、ちば障害者等用駐車区画利用証の交付及び名簿管理等の事務に使用し、本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

◆ お問い合わせ・郵送先 ◆

千葉県 健康福祉部 健康福祉指導課
〒260-8667 千葉市中央区市場町1-1
電話：043-223-3924