

～要支援高齢者等〈要介護3〉の場合の記入方法～

## 栃木県おもいやり駐車スペースつぎつぎ事業 利用証交付申請書

※太枠内の項目についてご記入ください。

申請日 令和 △ 年 □ 月 □ 日

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|-------|----|-----------------------------|-----------------------------|--|--|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|----|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 申請者                                         | 〒 320 - 8501                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 住所 栃木県宇都宮市埴田〇丁目〇〇番地の〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | (ふりがな) とちぎ たつや                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 氏 名 栃木 達也                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| 電話番号 028 - 623 - ××××                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| 代理人                                         | 〒 320 - 8540                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 住所 栃木県宇都宮市旭〇丁目〇-〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | (ふりがな) うつのみや たいせい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 申請者との続柄                                                                                                                            |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 氏 名 宇都宮 大生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( 実弟 )                                                                                                                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| 電話番号 028 - 632 - ××××                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| 使用区分・<br>障害の状況<br>(該当するものにチェック)             | <input type="checkbox"/> 身体障害者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | <table border="1"><tr><td colspan="2">視覚</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td colspan="2">聴覚 平衡機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="3">肢体不自由</td><td>上肢</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="2">下肢</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td><input type="checkbox"/> 6級</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td rowspan="2">体幹</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td></tr></table> |                                                                                                                                    |                             |                             | 視覚                          |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 | 聴覚 平衡機能障害 |  | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 5級 |  |  | 肢体不自由 | 上肢 | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 |  |  | 下肢 | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 | <input type="checkbox"/> 5級 | <input type="checkbox"/> 6級 |  |  | 体幹 | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 5級 |
|                                             | 視覚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 聴覚 平衡機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 5級 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 肢体不自由                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 上肢                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 下肢                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 5級 | <input type="checkbox"/> 6級 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 体幹                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 1級                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 5級 |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 脳原性の運動機能障害                                                                                                                         |                             | 上肢機能                        | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    | 移動機能                        | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 4級 | <input type="checkbox"/> 5級 | <input type="checkbox"/> 6級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 心臓機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | じん臓機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 呼吸器機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | ぼうこう又は直腸機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 小腸機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    |                             | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 免疫機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | 肝臓機能障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1級 | <input type="checkbox"/> 2級 | <input type="checkbox"/> 3級 | <input type="checkbox"/> 4級 |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | <input type="checkbox"/> 知的障害者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    | 障害の程度 A                     |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             | <input type="checkbox"/> 精神障害者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    | 等級 1級                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> 要支援高齢者等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5                                          |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 難病患者               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※特定医療費(指定難病)受給者証、通知書(特定医療費申請結果)、小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、登録者証のいずれかで確認                                                          |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 病名 ( ) ※登録者証の場合は記入不要                                                                                                               |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 出産(予定) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 多胎                                                                                           |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 傷病人                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ※下記の「医師記入欄」を医師に記入してもらってください。                                                                                                       |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |                             |           |  |                             |                             |  |  |       |    |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |                             |                             |  |  |    |                             |                             |                             |                             |

|             |                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------|
| 医師記入欄       | 病名又は状況 ( )<br>医療機関名 ( )                             |
| 記入者 _____ 印 | 今後 1 年の範囲内で歩行に配慮が必要な期間 (      年      月から      ヶ月間 ) |

|      |                          |      |   |   |     |  |
|------|--------------------------|------|---|---|-----|--|
| 確認書類 | <input type="checkbox"/> | 有効期限 | 年 | 月 | 担当者 |  |
|------|--------------------------|------|---|---|-----|--|

## 申請に必要なもの

- |          |                                                                                               |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ・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                                                                                   |
| ・要支援高齢者等 | 介護保険被保険者証                                                                                     |
| ・難病患者    | 特定医療費（指定難病）受給者証、通知書（特定医療費申請結果）、<br>小児慢性特定疾病医療費受給者証、一般特定疾患医療受給者証、<br>登録者証のいずれか                 |
| ・妊産婦     | 母子健康手帳                                                                                        |
| ・傷病人     | 身分証明書（運転免許証、健康保険証など）<br>医師の診断書等、歩行困難であり、医療機関を受診していることが確認できるもの※<br>※申請書の医師記入欄に記載が無い場合に必要となります。 |

## おもいやり駐車スペースについて

- ・おもいやり駐車スペースは、県内にある施設の協力により設置されている駐車スペースです。
- ・駐車スペースを利用する時は、利用証をルームミラーにかけて、外から見えるように表示してください。
- ・駐車場の混雑状況によっては、おもいやり駐車スペースが利用できない場合もありますのでご了承ください。なお、体調が良いときには、他の対象者に譲るなどの配慮をお願いします。
- ・利用証は、利用証交付対象者が同乗されている場合のみご利用いただけます。
- ・本利用証は、道路上に設置された高齢運転者等専用駐車区画への駐車を可能にするものではありませんのでご注意ください。

### 問合せ先

栃木県保健福祉部保健福祉課 地域福祉担当

〒320-8501 栃木県宇都宮市塙田1-1-20

電話 028-623-3047

e-mail hofuku@pref.tochigi.lg.jp

