

# 愛知県パーキング・パーミット制度 利用証交付申請書



申請日 令和 年 月 日

愛知県知事 殿

愛知県パーキング・パーミット制度実施要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり利用証の交付を申請します。

申請者 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 愛知県 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※代理人による申請の場合には、下記の欄にも御記入ください。

代理人 郵便番号 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_ 申請者と同じ

ふりがな \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 申請者との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

↓※□にチェック（✓）を入れてください。

申請者の承諾等 申請者から承諾を得ている又は法定代理人である。

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>障害等の状況について</b><br>※該当する項目の□にチェック（✓）及び記載をしてください。   | <input type="checkbox"/> 身体障害者  | <input type="checkbox"/> 視覚障害〔 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級〕  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 聴覚障害〔 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級〕  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 平衡機能障害〔 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級〕  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 肢体不自由<br>上肢〔 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級〕<br>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〕<br>体幹〔 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級〕 |
|  |   | <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害<br>上肢〔 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級〕<br>移動〔 <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〕   |
|  |   | <input type="checkbox"/> 心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸機能障害〔 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級〕  |
|  |   | <input type="checkbox"/> 免疫・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<br><input type="checkbox"/> A<br>名古屋市にお住まいの方：愛護手帳 <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度  |  |
|  | <input type="checkbox"/> 精神障害者<br><input type="checkbox"/> 1級   |  |
|  | <input type="checkbox"/> 難病患者<br><input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者<br><input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者<br><input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者<br><input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕 |  |
| <input type="checkbox"/> 要介護者<br>要介護状態区分〔要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5〕 |   |  |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦<br><input type="checkbox"/> 単胎児 <input type="checkbox"/> 多胎児<br>出産(予定)日〔 令和 年 月 日〕  |   |  |
| <input type="checkbox"/> けが人等<br>歩行困難な期間〔 令和 年 月 日まで〕  |   |  |

## 誓約・同意事項

↓※□にチェック (✓) を入れてください。

□以下のすべての項目について確認し、誓約・同意します。

- ① 利用証の交付は対象者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又は使用させたり、譲渡することはしません。  
(妊娠婦として交付された利用証について、子の出産後に当該子の同伴者が使用する場合を除く。)
- ② 利用証の交付要件を欠いた場合又は利用証を使用する必要がなくなった場合には、利用証を返却します。
- ③ 利用証の有効期間が満了した場合には、裁断する等により、利用証を廃棄します。
- ④ 利用証を持っていても、障害者等専用駐車区画が満車である場合など、駐車ができない場合があることを理解します。
- ⑤ 同乗者の介助等により、歩行や車からの乗降が容易になる場合は、障害者等専用駐車区画を必要とする方のために、一般の駐車区画を利用します。
- ⑥ 【広い幅の駐車区画を必要としない方】プラスワン駐車区画(施設の出入口近くなどに施設管理者が任意に設置している通常幅の区画)が設置されている場合は、当該区画を利用することで、広い幅を必要とする他の制度対象者に配慮します。
- ⑦ 利用証交付申請にあたっては、申請書に記載漏れがないこと、書類の写しは氏名・住所・交付要件に該当する旨が確認できるものであることを確認しました。

## 申請にあたっての注意事項

- 1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類の写し(氏名・住所・交付要件の記載がある部分)を添付してください。

※代理人申請の場合には、当該代理人の身分証明書(運転免許証等※マイナンバーカードの場合は表面のみ)の写しも併せて添付してください。

- (1) 身体障害者：身体障害者手帳(氏名・住所・障害名の記載がある部分の写し)
- (2) 知的障害者：療育手帳(名古屋市民は愛護手帳)(氏名・住所・障害の程度の記載がある部分の写し)
- (3) 精神障害者：精神障害者保健福祉手帳(氏名・住所・障害の程度の記載がある部分の写し)
- (4) 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証、小児慢性特定疾病医療受給者証(氏名・住所・疾病名の記載がある部分の写し)、指定難病登録者証等又は医師の診断書等※、疾病名を確認できるもの  
※医師の診断書等の場合には、身分証明書の写しも併せて添付してください。
- (5) 要介護者：介護保険被保険者証(氏名・住所・要介護状態区分の記載がある部分の写し)
- (6) 妊産婦：母子健康手帳(表紙、分娩予定日を記載したページ)及び身分証明書の写し  
※多胎児の場合は、人数分の母子健康手帳が必要です。
- (7) けが人等：医師の診断書等及び身分証明書の写し  
※移動の際に常時車いすを使用されている方は、事前に事務局までご相談ください。

- 2 利用証を郵送するために必要な切手(180円分)を同封してください。(切手以外不可)

※切手送付の際は、必ず封筒に申請者の氏名・住所をご記載ください。

## 問合せ・申請先 愛知県パーキング・パーミット制度事務局

### ★問合せ★

【TEL】052-990-6845(受付時間：月曜日～金曜日の午前10時から午後4時まで)

【E-mail】[aichi-pp@athuman.com](mailto:aichi-pp@athuman.com)

### ★申請★ ※持ち込みでの受付は行っておりません。

【住所】〒460-0003

愛知県名古屋市中区錦2-8-26 宮井名古屋ビル6階

TKP名古屋伏見ビジネスセンター6C