

別記

第1号様式（第3条関係）

京都おもいやり駐車場利用証制度協力駐車場登録申出書

年 月 日

京都府知事 様

申出者

郵便番号

主たる事務所又は事業所の所在地又は住所

名称又は氏名

代表者の氏名（団体の場合）

担当者の氏名・連絡先等

氏名

電話番号

京都おもいやり駐車場利用証制度実施要綱第3条第1項の規定により、次のとおりおもいやり駐車場の登録を申し上げます。

なお、登録された駐車場については、2に掲げる事項に協力します。

1 協力駐車場

施設		車いす使用者 用駐車施設数 (3.5m 以上)	プラスワン 駐車区画数 (2.5m 以上)	希望するステッカー の大きさ・枚数
名称				A 2 枚
所在地				A 3 枚
用途				
名称				A 2 枚
所在地				A 3 枚
用途				
名称				A 2 枚
所在地				A 3 枚
用途				

注 1 「用途」の欄には、ショッピングセンター、病院、ホテル等施設の用途を具体的に記入してください。

2 「希望するステッカーの大きさ・枚数」の欄には、希望するサイズ及び枚数を記入してください。

2 協力する事項

- (1) 知事から交付される案内掲示板を掲示します。
- (2) 利用証を掲示していない車両が駐車しないよう、適切な管理に努めます。
- (3) 協力駐車場に物を置いたりしないよう、適切に管理します。

第2号様式（第3条関係）

（その1）車いす使用者用駐車施設

京都おもいやり 駐車場

（歩行困難者用駐車場）



この駐車場は、歩行困難者用駐車場
利用証をお持ちの方が利用できます。



京都おもいやり 駐車場

(歩行困難者用駐車場)



この駐車場は、歩行困難者用駐車場
利用証をお持ちの方が利用できます。



第3号様式（第4条関係）

（その1）長期（障害者、難病患者、高齢者等）

（表）



(裏)

京都おもいやり駐車場利用証 (歩行困難者用駐車場利用証)

注意事項

1. この利用証は、交付された本人が対象駐車場を利用する場合のみに使用可能です。
2. この利用証は、路上駐車を認めるものではありませんので、道路上では使用できません。
3. 有効期間満了や症状の変化等で、利用証の交付対象者でなくなった場合は、すみやかに交付を受けた窓口にご利用証を返却してください。



<問合せ先>

京都府健康福祉部福祉・援護課

TEL 075-414-4551、4556

(その2) 短期(妊産婦、けが人等)

(表)



(裏)

京都おもいやり駐車場利用証 (歩行困難者用駐車場利用証)

注意事項

1. この利用証は、交付された本人が対象駐車場を利用する場合のみに使用可能です。
2. この利用証は、路上駐車を認めるものではありませんので、道路上では使用できません。
3. 有効期間満了や症状の変化等で、利用証の交付対象者でなくなった場合は、すみやかに交付を受けた窓口にご利用証を返却してください。



<問合せ先>

京都府健康福祉部福祉・援護課

TEL 075-414-4551、4556

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

氏名

生年月日

年

月

日

電話番号

京都おもいやり駐車場利用証制度実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり京都おもいやり駐車場利用証の交付を申請します。

1 歩行困難を伴う状況（該当する項目の にし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有する。

下肢に震えやすくみが起こる。

内部疾患等により、めまい、息切れ等が起こる。

歩行の際に介助者の特別な注意を必要とする。

その他（

）

2 使用区分

区分：対象		等級・病名・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	級 手帳番号	
		平衡機能 : 5 級以上	級 手帳番号	
		上肢 : 2 級以上	級 手帳番号	
		下肢 : 6 級以上	級 手帳番号	
		体幹 : 5 級以上	級 手帳番号	
		脳病変による運動機能障害	上肢 2 級以上 移動 6 級以上	
	心臓・腎臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸・小腸・免疫・肝臓 : 4 級以上	級 手帳番号		
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 : 特定疾患医療受給者又は小児慢性特定疾患医療受給者	受給者番号	特定疾患医療受給者票 小児慢性特定疾患医療受診券		
高齢者等 : 要介護 1 以上	要介護 () 被保険者番号	介護保険被保険者証		
妊産婦 : 出産 (予定) 日	年 月 日	母子健康手帳		
けが人 : 車椅子、つえ等の使用期間	年 月 日 まで	診断書等 身分証明書等		
その他歩行困難者	状況等	診断書等 身分証明書等		

第5号様式（第7条関係）

京都おもいやり駐車場利用証再交付申請書

年 月 日

京都府知事 様

申請者

郵便番号

住所

氏名

生年月日

年

月

日

電話番号

京都おもいやり駐車場利用証制度実施要綱第7条の規定により、次のとおり京都おもいやり駐車場利用証の再交付を申請します。

1 使用区分

障害者（ 身体障害 知的障害 精神障害 ） 難病患者 高齢者等 妊産婦 けが人 その他

2 現に交付を受けている利用証の交付番号等

交付番号	
有効期限	年 月

3 再交付申請の理由

紛失 破損 その他
状況（ ）

注 「1 使用区分」及び「3 再交付申請の理由」については、該当する項目の にレを記入してください。

第6号様式（第8条関係）

京都おもいやり駐車場利用証返却届

年 月 日

京都府知事 様

届出者

郵便番号

住所

氏名

生年月日

年

月

日

電話番号

京都おもいやり駐車場利用証制度実施要綱第8条第1項の規定により、次のとおり京都おもいやり駐車場利用証を返却します。

1 返却する利用証の交付番号等

交付番号	
有効期限	年 月

2 返却する理由

有効期限が到来したため

その他

(

)

注 「2 返却する理由」については、該当する項目の にレを記入してください。

第7号様式（第9条関係）

（表）
京都おもいやり駐車場利用証特例交付申請書

年 月 日

京都府知事 様

申請団体

郵便番号

主たる事務所又は事業所の所在地又は住所

名称

代表者の氏名

印

担当者の氏名・連絡先等

氏名

電話番号

次の利用希望者が交付対象者に該当することを確認しましたので、京都おもいやり駐車場利用証制度実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり京都おもいやり駐車場利用証の交付を申請します。

利用希望者

番号	氏名	住所	生年月日
			年 月 日
対象区分	障害等区分	等級・症状等	手帳番号等
番号	氏名	住所	生年月日
			年 月 日
対象区分	障害等区分	等級・症状等	手帳番号等
番号	氏名	住所	生年月日
			年 月 日
対象区分	障害等区分	等級・症状等	手帳番号等
番号	氏名	住所	生年月日
			年 月 日
対象区分	障害等区分	等級・症状等	手帳番号等
番号	氏名	住所	生年月日
			年 月 日
対象区分	障害等区分	等級・症状等	手帳番号等

- 注 1 この様式により申請をすることができる対象者は、裏面の表に掲げられた者に限ります。
2 「対象区分」の欄には、裏面の表の区分の欄の から までのうち該当する番号を記入してください。
3 「障害等区分」の欄には、対象区分の欄が の場合に、裏面の表の区分の欄から該当する障害等を記入してください。
4 「等級・症状等」の欄には、裏面の表の基準の欄から該当するものを記入してください。

(裏)

区 分		基 準		
障害者	身体障害者	視覚障害	4級以上	
		聴覚障害	3級以上	
		平衡機能障害	5級以上	
		肢体不自由	上肢	2級以上
			下肢	6級以上
			体幹	5級以上
		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	2級以上
			移動機能	6級以上
		心臓機能障害	4級以上	
		腎臓機能障害	4級以上	
		呼吸器機能障害	4級以上	
		ぼうこう又は直腸の機能障害	4級以上	
		小腸機能障害	4級以上	
	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	4級以上		
	肝臓機能障害	4級以上		
	知的障害者	療育手帳の障害程度の欄がマルA又はAであること。		
精神障害者	精神障害者保健福祉手帳の障害区分が1級であること。			
難病患者	特定疾患医療受給者及び小児慢性特定疾患医療受給者であること。			
その他(から までに準じる者)	医師の診断等により、歩行が困難であるために特別な配慮が必要であると認められること。			