

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 西脇 隆俊 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 印

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

F A X

メー ル

以下のとおりおもいやり駐車場の登録を申し出ます。
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			車いすマーク 駐車区画数 (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 カーの枚数	希望するカラー コーンカバーの 個数
1	名 称				車いすマーク区画 A 2 枚	車いすマーク区画 個
	所在地				A 3 枚	
	用 途				プラスワン区画 A 2 枚 A 3 枚	プラスワン区画 個
2	名 称				車いすマーク区画 A 2 枚	車いすマーク区画 個
	所在地				A 3 枚	
	用 途				プラスワン区画 A 2 枚 A 3 枚	プラスワン区画 個
3	名 称				車いすマーク区画 A 2 枚	車いすマーク区画 個
	所在地				A 3 枚	
	用 途				プラスワン区画 A 2 枚 A 3 枚	プラスワン区画 個

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載してください。
2 プラスワン駐車区画数の欄には、一般駐車区画を制度の協力駐車場として確保することができる場
合に、その区画数を記載してください。
3 希望する掲示物（ステッカー・カラーコーンカバー）の数を記載してください。
4 協力施設が4以上になる場合は、適宜、必要事項を記載した別紙を添付してください。

2 協力する事項

- (1) 府から配布される制度のステッカー等を掲示します。
(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。

※ 窓口記入欄

現場確認		位置図		窓口（担当者名）		
------	--	-----	--	----------	--	--

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。



京都府

(その 2) プラスワン駐車区画

京都おもいやり

プラスワン

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。



京都府

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 地域福祉推進課

TEL 075-414-4551

(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 地域福祉推進課

TEL 075-414-4551

年 月 日

生年月日 年 月 日

確認書類	窓口（担当者名）	交付番号	有効期限	年	月
------	----------	------	------	---	---

■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、保険証等）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。

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
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①から⑤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①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	①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
	②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。	
	③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。	
④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。	
⑤その他（①から④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。	