

交付対象者本人の情報を記載。
 代理人による申請の場合は、
 裏面の「代理人申請欄」に代理人
 情報を記載。

沖縄県ちゅらパーキング利用証
 交付申請書

申請日： 2022年 5月 10日

沖縄県知事 様

以下のとおり、沖縄県ちゅらパーキング利用証の交付を申請します。

（〒900-8570）
 住 所：那覇市泉崎1-2-2
 ふりがな おきなわ たろう
 氏 名：沖縄 太郎 生年月日： 年 月 日
 電話番号：098-866-2190

該当する箇所にチェック
 を入れる。
 いずれにも該当しない場
 合は、交付対象不可。

※ 申請者が未成年の場合、その他代理人による申請の場合は、裏面の「代理人申請欄」の記入をお願いします。

歩行困難等の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 障害、病気等のため、歩行が困難である。 <input type="checkbox"/> 障害、病気等のため、移動の際に特別な配慮が必要である。																																																																																																
該当する交付基準 <small>※該当する項目の□にチェックを入れてください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/>視覚障害</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"/>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><input checked="" type="checkbox"/>肢体不自由</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上肢</td> <td><input type="checkbox"/>1級</td> <td><input type="checkbox"/>2級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>下肢</td> <td><input checked="" 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"/>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> <tr> <td><input type="checkbox"/>脳原性運動機能障害</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>上肢</td> <td><input type="checkbox"/>1級</td> <td><input type="checkbox"/>2級</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>移動</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 checked="" type="checkbox"/>内部障害</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>心臓</td> <td><input type="checkbox"/>じん臓</td> <td><input type="checkbox"/>呼吸器</td> <td><input type="checkbox"/>1級</td> <td><input type="checkbox"/>2級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>ぼうこう又は直腸</td> <td colspan="2"></td> <td><input checked="" type="checkbox"/>3級</td> <td><input type="checkbox"/>4級</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>小腸</td> <td><input type="checkbox"/>免疫</td> <td><input type="checkbox"/>肝臓</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>知的障害</td> <td><input type="checkbox"/>A1</td> <td><input type="checkbox"/>A2</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>精神障害</td> <td><input type="checkbox"/>1級</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>難病患者</td> <td colspan="4">病名：</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/>高齢者等</td> <td>要介護区分</td> <td>要介護</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>妊産婦</td> <td>出産予定日：</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他の方</td> <td>必要とする期間：</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日まで ※要診断書等</td> </tr> </table>	<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"/> 平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級			<input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由					<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級			<input checked="" type="checkbox"/> 下肢	<input checked="" type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 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					<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級			<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input checked="" type="checkbox"/> 内部障害					<input checked="" type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> じん臓	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸			<input checked="" type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 免疫	<input type="checkbox"/> 肝臓			<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2			<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 1級				<input type="checkbox"/> 難病患者	病名：				<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者等	要介護区分	要介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産予定日：	年	月	日	<input type="checkbox"/> その他の方	必要とする期間：	年	月	日まで ※要診断書等	<p>手帳等の交付基準に該当せず、 利用証の交付を希望する場合に チェック。 診断書等の提出が必須。</p>
<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"/> 平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級																																																																																															
<input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																																															
<input checked="" type="checkbox"/> 下肢	<input checked="" type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																													
<input type="checkbox"/> 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																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																																															
<input type="checkbox"/> 移動	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																													
<input checked="" type="checkbox"/> 内部障害																																																																																																	
<input checked="" type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> じん臓	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																																													
<input type="checkbox"/> ぼうこう又は直腸			<input checked="" type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																																													
<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 免疫	<input type="checkbox"/> 肝臓																																																																																															
<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2																																																																																															
<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 1級																																																																																																
<input type="checkbox"/> 難病患者	病名：																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者等	要介護区分	要介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																																																																													
<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産予定日：	年	月	日																																																																																													
<input type="checkbox"/> その他の方	必要とする期間：	年	月	日まで ※要診断書等																																																																																													
車いすの使用状況 <small>※「車いす使用者用利用証」の交付を希望される場合は、該当する項目の□にチェックを入れてください。</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 移動の際は車いすを常時使用している。 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体不自由（下肢）の1級又は2級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由（体幹）の1級、2級又は3級 <input type="checkbox"/> 脳原性運動機能障害（移動）の1級又は2級 <input type="checkbox"/> 高齢者等 要介護3、4又は5 <input type="checkbox"/> その他 ※要診断書等 （具体的な状況：)																																																																																																

該当する箇所全てに
 チェックを入れ、それ
 を証明できる障害者
 手帳等の写しを提出。
 （いずれにも該当し
 ない場合は、交付対象
 不可。）

移動の際に車いすを常
 時使用する方で、「車い
 す使用者用の利用証(赤
 色)」の交付を希望する
 場合はチェックを入れる。

該当する箇所にチェッ
 クを入れる。
 「その他」の場合は、
 診断書等の提出が必須。

※ 裏面も必ずご記入、ご確認ください。

申請者は記載不要。
 窓口担当者が交付する利用証の情報を記載。
 「有効期間」は、オレンジ色利用証の場合のみ記載。

(※以下は記載不要)

交付年月日	2022年 5月 10日	交付番号	00-00001	利用証種類	<input checked="" type="checkbox"/> 赤色 <input type="checkbox"/> 緑色 <input type="checkbox"/> オレンジ色	有効期間	年 月から 年 月まで	交付台帳入力	<input checked="" type="checkbox"/>
-------	--------------	------	----------	-------	---	------	-------------	--------	-------------------------------------

全ての項目を確認・同意の上、チェックを入れる。

全てにチェックがない場合は、交付不可。

(裏面)

同意事項

私は、「ちゅらパーキング利用証制度」について、次のことに同意し利用証を申請します。(各項目を理解し、同意された方は、□にチェックを入れてください。)

- 私は、「ちゅらパーキング協力区画」が満車の場合には、利用証を持っていても駐車できないことがあることを理解します。
- 体調がよい場合や同乗者の介助などにより歩行や車からの乗降が容易となる場合は、必要とする方のために、一般の駐車区画を利用します。
- 車いすを常時使用する方(赤色の利用証をお持ちの方)は、ドアを全開にしなければ車から乗降できないことを理解し、車いす使用者優先区画は、赤色の利用証を所持している方を必ず優先します。
- 障害程度の軽減や要介護度の見直し等により交付基準に該当しなくなったとき、有効期間を満了したときは利用証を返却します。
- 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- その他、ちゅらパーキング利用証制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

添付書類について

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類(住所・氏名・生年月日・交付基準に該当することが確認できる箇所)を添付してください。

- (1) 身体障害者・・・身体障害者手帳の写し
- (2) 知的障害者・・・療育手帳の写し
- (3) 精神障害者・・・精神障害者保健福祉手帳の写し
- (4) 難病患者・・・①「特定医療費(指定難病)受給者証の写し」、「医師の診断書等疾病名を確認できるもの及び本人確認書類」、「知事が指定難病にかかっていることを証明する通知書の写し」のいずれか
②特定疾患医療受給者証の写し
③小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- (5) 高齢者・・・介護保険被保険者証の写し
- (6) 妊産婦・・・母子健康手帳の写し ※表紙及び出産(分娩)予定日の記載があるページ
- (7) その他の方・・・医師の診断書・意見書等(3箇月以内のものに限る。)及び本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し

2 車いす使用者用利用証を希望される方で、肢体不自由(下肢1・2級、体幹1～3級)、脳原性運動機能障害(移動1・2級)、高齢者等(要介護3～5)以外の方は、車いす使用が永続することを証明できる医師の診断書・意見書等及び本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

3 郵送申請の場合は、利用証を郵送するための切手(140円)を同封してください。
郵送申請先：〒900-8570 那覇市泉崎 1-2-2 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課
電話：098-866-2190 FAX：098-866-6916

代理人による申請の場合に記載。

【代理人申請欄】

代理人が申請する場合は、以下に必要事項を記載の上、代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

代理人氏名	沖縄 花子	申請者との続柄	妻
代理人住所	那覇市泉崎〇〇-〇〇 △△アパート103		
代理人電話番号	098-123-4567		
確認事項 ※右の項目に該当することを 確認の上、□にチェックを 入れてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 交付対象者の承諾を得ている(又は法定代理人である) <input checked="" type="checkbox"/> 代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しの提出 <input type="checkbox"/> 法務局登記簿の写しの提出(成年後見人、補佐人、補助人の場合)		

※ 該当する箇所にチェックを入れる。上2つについては、両方にチェックがない場合は、交付不可。