

おもいやり駐車場利用制度実施要綱

(目的)

第1条 この制度は、福島県（以下「県」という。）がおもいやり駐車場を利用できる者を明確にし、おもいやり駐車場で利用できる共通の利用証を交付することにより、おもいやり駐車場の適正利用を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 公益的施設 人にやさしいまちづくり条例第3条第1号に規定する公益的施設
- (2) 施設管理者 おもいやり駐車場を所有又は管理する者
- (3) おもいやり駐車場 公益的施設にある車椅子使用者用駐車施設のうち、施設管理者がこの制度の趣旨に賛同し協力を申し出た車椅子使用者用駐車施設

(県及び施設管理者の役割)

第3条 県は、おもいやり駐車場を利用できる者に対し、申請に基づき利用証を交付するものとする。

2 施設管理者は、おもいやり駐車場の適正利用に努めるものとする。

(利用証を交付する者の範囲)

第4条 利用証を交付する者は、次のいずれかに該当し、かつ歩行が困難な状況であるものとし、交付基準は別表のとおりとする。

- (1) 身体障がい者
- (2) 知的障がい者
- (3) 精神障がい者
- (4) 難病患者
- (5) 要支援高齢者等
- (6) 妊産婦
- (7) けが又は病気の者

(利用証交付の申請)

第5条 利用証の交付を受けようとする者は、利用証交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を知事に提出するものとする。

(利用証の交付)

第6条 知事は、おもいやり駐車場の利用が適当と認めた者（以下「利用者」という。）に対し、利用証（様式第2号または様式第3号）を交付するものとする。

2 利用証の有効期間は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 第4条第1号から第5号に掲げる者 無期限
- (2) 第4条第6号から第7号に掲げる者 別表に定める期間

(利用者の責務)

第7条 利用者は、おもいやり駐車場を利用する際には利用証を車両の外側から容易に識別できる位置に掲示するものとする。

(利用証の再交付)

第8条 利用者は、利用証の紛失、汚損等により再交付を受けようとするときは、利用証再交付申請書(様式第4号)を知事に提出するものとする。

(利用証の返却)

第9条 利用者は、交付を受けた利用証の有効期間が満了した場合又は第4条に該当しなくなったときは、速やかに当該利用証を知事に返却しなければならない。

2 知事は、次の各号に該当する場合には、利用者に対し利用証の返却を求めるものとする。

- (1) 利用者が利用証を他人に譲渡し若しくは貸与し又は利用させたとき
- (2) その他おもいやり駐車場の管理上不適切と判断される行為を利用者が行ったとき

(施設管理者の協力申出)

第10条 第2条第3号による協力申出は、おもいやり駐車場利用制度協力申出書(様式第5号)を知事に提出することにより行うものとする。

(施設管理者の協力)

第11条 施設管理者は、正当な理由が無い限りおもいやり駐車場に利用証を掲示していない車両が駐車しないよう適切に指導するものとする。

2 施設管理者は、おもいやり駐車場に案内標示看板(様式第6号)を設置するものとする。

3 施設管理者は、おもいやり駐車場に関する問題が発生した場合、県と協力して解決するものとする。

(周知)

第12条 知事及び施設管理者は、おもいやり駐車場の適正利用について、周知に努めるものとする。

(補足)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、平成21年7月1日から施行する。ただし、第5条の規定は、平成21年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成29年7月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に改正前のおもいやり駐車場利用制度実施要項第5条の規定によりされている利用証交付の申請及び第8条の規定によりされている利用証の再交付申請並びに第6条第1項の規定により交付された利用証及び第11条第2項の規定により設置された案内表示看板については、なお従前の例による。

別表

おもいやり駐車場利用制度 交付基準

| 制度対象者（以下のうち、歩行困難である者） | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------|------|
| 区分 | 等級・詳細 | | |
| 身体障がい者 | 視覚障がい | 4級以上 | |
| | 聴覚又は平衡機能の障がい（※1） | 平衡機能障がい 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がい | 上肢機能 | 2級以上 |
| | | 移動機能 | 6級以上 |
| | 心臓機能障がい | 4級以上 | |
| | 腎臓機能障がい | 4級以上 | |
| | 呼吸器機能障がい | 4級以上 | |
| | 膀胱又は直腸機能障がい | 4級以上 | |
| | 小腸機能障がい | 4級以上 | |
| | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい | 4級以上 | |
| 肝臓機能障がい | 4級以上 | | |
| 知的障がい者 | A（最重度・重度） | | |
| 精神障がい者 | 1級 | | |
| 難病患者 | 指定難病医療費受給者等（※2） | | |
| 要支援高齢者等 | 要支援者又は要介護者 | | |
| 妊産婦 | 妊娠7ヶ月から産後3ヶ月 | | |
| けが又は病気の者 | 車椅子、杖等使用期間（最大24ヶ月） | | |

※1 「聴覚又は平衡機能の障がい」のうち「聴覚障がい」及び「音声言語機能障がい」については、本制度の対象外です。

※2 他に特定疾患医療受給者又は特定医療費受給者、小児慢性特定疾病医療受給者が対象となります。

| | |
|------|-----|
| 交付番号 | |
| 有効期限 | 年 月 |

おもいやり駐車場利用証 交付申請書

平成 年 月 日

福島県知事

郵便番号
住 所
申請者本人 氏 名
(歩行困難である方) 電話番号

住 所
代 理 人 氏 名
電話番号

(以下の該当する区分の□に☑(チェック)を入れて必要事項を記入してください。)

| 使用区分 | 障がい等の状況 |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 身体障がい者 | <input type="checkbox"/> 視覚障がい _____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい _____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級 <input type="checkbox"/> 脳病変 上肢機能 _____ 級 移動機能 _____ 級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓他内部機能の障がい _____ 級 |
| <input type="checkbox"/> 知的障がい者 | _____ A _____ |
| <input type="checkbox"/> 精神障がい者 | _____ 1 級 _____ |
| <input type="checkbox"/> 難病患者 | 指定難病医療費受給者等 |
| <input type="checkbox"/> 要支援高齢者等 | 要支援者・要介護者 |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦 | 出産(分娩予定)日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| <input type="checkbox"/> けが又は病気の者 | 症状、疾患 _____ 必要とする期間: _____ ヶ月間 |

(添付書類)

- 身体障がい者：身体障害者手帳(写) 知的障がい者：療育手帳(写)
- 精神障がい者：精神障害者保健福祉手帳(写)
- 難病患者：指定難病医療費受給者証(写)、特定疾患医療受給者証(写)、特定医療費受給者証(写)、小児慢性特定疾病医療受給者証(写)のいずれか
- 要支援高齢者等：介護保険被保険者証(写)等 妊産婦：身分証明書と母子健康手帳(写)
- けが又は病気の者：身分証明書と医師の診断(歩行困難である状況及びその期間)を記載した書面(写)

(注意事項)

- 1 区分毎に該当する等級等(交付基準)がありますので、事前に必ずご確認ください。
- 2 代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書(運転免許証等)をご持参ください。
- 3 お預かりした個人情報、おもいやり駐車場利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※利用証の送付先が住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

郵便番号：
送付先：

様式第2号（第6条関係）

表面

おもいやり駐車場利用証

Parking Permit



交付番号

福島県

裏面

（ご利用にあたって）

【注意】

- ①他人への譲渡や貸与はできません。
- ②「高齢運転者等専用駐車区画」では使用できません。
- ③施設が混雑している場合等、おもいやり駐車場を利用できない場合があります。

【次の場合は返却してください】

- ①交付基準に該当しなくなった場合
- ②利用する機会がなくなった場合

（縦270mm、横145mm）

様式第3号（第6条関係）

表面

裏面

おもいやり駐車場利用証
Parking Permit



有効期限
年 月

交付番号
No. _____

福島県

（ご利用にあたって）

【注意】

- ①他人への譲渡や貸与、有効期限後の利用はできません。
- ②「高齢運転者等専用駐車区画」では使用できません。
- ③施設が混雑している場合等、おもいやり駐車場を利用できない場合があります。

【次の場合は返却してください】

- ①有効期限が切れた場合
- ②交付基準に該当しなくなった場合
- ③利用する機会がなくなった場合

（縦270mm、横145mm）

| | |
|-------|-----|
| 新交付番号 | |
| 旧交付番号 | |
| 有効期限 | 年 月 |

おもいやり駐車場利用証 再交付申請書

平成 年 月 日

福島県知事

郵便番号
住 所
申請者本人 氏 名
(歩行困難である方) 電話番号

住 所
代 理 人 氏 名
電話番号

(以下の該当する区分の□に☑(チェック)を入れて必要事項を記入してください。)

| 使用区分 | 障がい等の状況 |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 身体障がい者 | <input type="checkbox"/> 視覚障がい _____ 級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい _____ 級 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 上肢 _____ 級 下肢 _____ 級 体幹 _____ 級 <input type="checkbox"/> 脳病変 上肢機能 _____ 級 移動機能 _____ 級 <input type="checkbox"/> 心臓・腎臓他内部機能の障がい _____ 級 |
| <input type="checkbox"/> 知的障がい者 | _____ A _____ |
| <input type="checkbox"/> 精神障がい者 | _____ 1 級 _____ |
| <input type="checkbox"/> 難病患者 | 指定難病医療費受給者等 |
| <input type="checkbox"/> 要支援高齢者等 | 要支援者・要介護者 |
| <input type="checkbox"/> 妊産婦 | 出産(分娩予定)日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| <input type="checkbox"/> けが又は病気の者 | 症状、疾患 _____ 必要とする期間: _____ ヶ月間 |
| 再交付申請の理由 | |

(注意事項)

- 1 代理の方が窓口に来られる場合は、身分証明書(運転免許証等)をご持参ください。
- 2 お預かりした個人情報、おもいやり駐車場利用証の交付に必要な事項を審査するためのみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。
- 3 先に交付した利用証は使用できません。発見した場合は、すみやかに返却してください。

※利用証の送付先が住所と異なる場合は、下記の欄に記入してください。

郵便番号:
送付先:

おもいやり駐車場利用制度協力申出書

平成 年 月 日

福島県知事

郵便番号
住 所
名 称
代表者名

おもいやり駐車場利用制度の趣旨に賛同し、以下のとおり協力を申し出ます。

| No. | 施設名 | 施設所在地 | 協力駐車 スペース数 | ステッカー希望枚数 | |
|-----|-----|-------|---------------|-----------|----|
| | | | | A2 | A3 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(注意事項)

- 1 記載欄が不足する場合は、「別紙」とすることも可能です。
- 2 「施設名」の欄は、店舗名など施設の名称を記載してください。（県のホームページには、ここに記載された名称を紹介することとなります。）
- 3 「施設所在地」の欄は、施設の住居表示を記載してください。
- 4 「協力駐車スペース数」の欄には、おもいやり駐車場利用制度に協力いただける「幅 3.5m 以上」の駐車場の数を記載してください。
- 5 「ステッカー希望枚数」の欄は、希望する大きさの欄に必要な枚数を記載してください。
なお、送付枚数は、お申し出いただいた協力駐車スペース数を上限とさせていただきます。

| | |
|--------|--|
| 担当部署名 | |
| 担当者氏名 | |
| 電話番号 | |
| E-mail | |

おもいやり駐車場



この駐車場は
「おもいやり駐車場利用証」
を 掲示してご利用ください。

駐車場の適正利用に御協力願います！

【利用証の申請・お問い合わせ先】

福島県庁高齢福祉課
電話024-521-7197

福島県