

# 郵送による申請方法

## ① ホームページから「申請書」を印刷してください。

現在位置 [トップページ](#) > [総合メニュー](#) > [くらし・手続き](#) > [福祉・社会参画](#) > [障害者](#) > [在宅福祉サービス](#) > [交通機関の利用・支援](#) > [保健福祉局](#) [兵庫ゆずりあい駐車場制度](#)

### 兵庫ゆずりあい駐車場制度について

ツイート

障害のある方などのための駐車スペースを適正にご利用いただくため、兵庫県が県内共通の「兵庫ゆずりあい駐車場利用証」を交付する制度です。  
平成29年12月より、神戸市においても、各区役所・支所・出張所にて交付申請を開始します。

[利用証の対象者\(PDF形式:49KB\)](#)  
[利用証の交付申請について\(PDF形式:129KB\)](#)

窓口への来所が困難な方は、郵送による申請も可能です。  
下記の申請方法をご確認のうえ、送付申請をしてください(郵送料は申請者負担となります)。

[郵送による申請方法\(必ずご確認ください\)\(PDF形式:352KB\)](#)  
[申請書\(PDF形式:94KB\)](#)

**PDF ファイルを開いて印刷してください。**

[兵庫県ホームページ\(外部リンク\)](#)



## ② ①で印刷した「申請書」を記入してください。

所定の欄に「住所」「名前」「生年月日」「電話番号」を記載していただき、「申請の区分」で該当する項目にレ点をいれてください。

様式第4号  
(第6条、第7条、第8条関係)

兵庫ゆずりあい駐車場利用証交付申請書

兵庫県知事 様 住所: 〒 年 月 日

申請の区分  
 新規  更新  再交付  
 (該当する項目の□に「レ」を記入してください)

(ふりがな) ( )  
氏名: ( )  
生年月日: 年 月 日  
電話/FAX番号: ( )

兵庫ゆずりあい駐車場利用証制度実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり兵庫ゆずりあい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「レ」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。
- 下肢に義足やすくみが起こる。
- 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 区分等 (該当する区分・基準に○をつけ、確認書類の番号等欄に必要事項を記入してください)

区分	基準	確認書類の番号	
身体障害者	視覚	1・2・3・4級	身体障害者手帳番号 ( )
	聴覚	2・3級	
	四肢	1・2級	
	下肢	1・2・3・4・5・6級	
障害者	身体	1・2・3・5級	身体障害者手帳番号 ( )
	知的	1・2級	
	精神	1・2級	
知的障害者	知的障害	障害程度A	療育手帳番号 ( )
	精神障害	障害等級1級	精神障害者保健福祉手帳番号 ( )
①障害者	特定医療費(指定難病)受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証		左の受給者証番号 ( )
②高齢者等	要介護状態区分 1・2・3・4・5		介護保険被保険者証番号 ( )
③妊産婦	母子健康手帳取得者		母子健康手帳番号 ( ) 出生(予定)日: 年 月 日
④傷病者	医師の診断書等に「歩行が困難」である旨記載		医師診断書等及び身分証明書 歩行困難化期間: 年 月 日まで 知事が指定するもの
⑤その他	知事認める者		

注) 1 区分等の該当書類のみ、確認書類を提示(又は写しを添付)してください。  
2 郵送により申請するときは、確認書類の写し及び返信用切手(140円)を同封してください。

※ 窓口記入欄

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

(代理人が申請する場合は、裏面も記載)

「歩行困難な状況」として該当する項目にレ点をいれてください。

「区分・基準欄」は該当する項目を○で囲んでください。

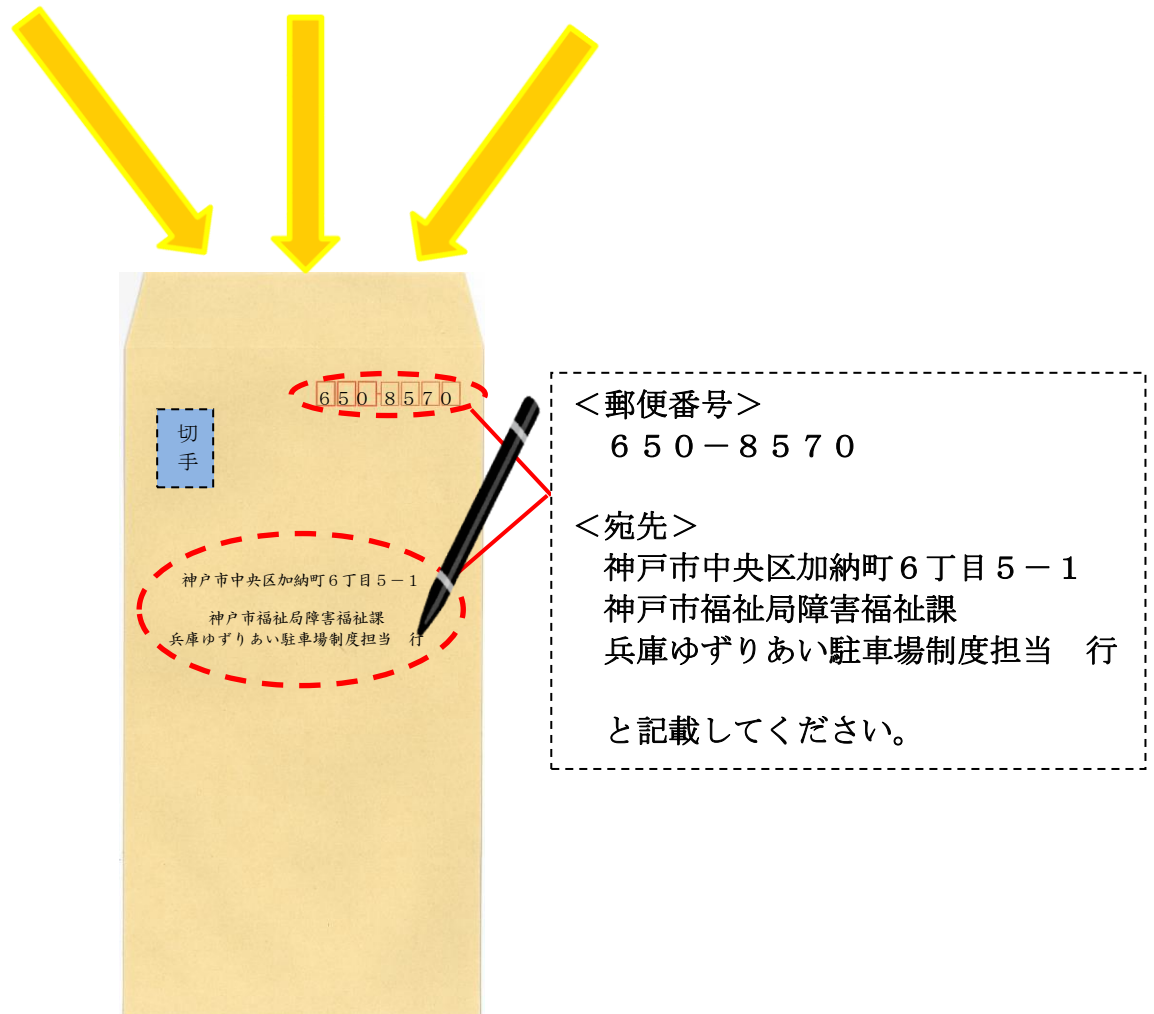
手帳番号や受給者番号などを記入してください。(P3~5に各番号がどこに記載されているかをお示ししていますので、ご確認ください)

- ③ 送付用の封筒を申請者様でご用意いただいたうえ、＜郵便番号＞＜宛先＞を記載し、所定の切手を貼付してください。  
最後に、②で記載した「申請書」と「確認書類の写し（下の欄をご確認ください）」、「140円切手（申請者様に利用証を郵送する際に必要となります）」を同封し、送付してください。

②で記載した  
申請書

140円切手

確認書類の写し



対象者	確認書類（郵送の際に下記に記載の写しを同封してください）
障害者	手帳見開き部分の写し（3ページ）
高齢者等	介護保険被保険者証の表表紙と見開き部分の写し（4ページ）
難病患者	特定医療費（難病指定）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証の見開き部分の写し（4ページ）
母子	表紙めくったページおよび母子手帳番号の書かれたページの写し（5ページ）
傷病者	医師の診断書若しくは意見書または公的機関の証明書等

## 【身体障害者】

身体障害者手帳 神戸市 第 号 交付日 氏名		障害名
(写真) 3×4cm 脱帽上半身 みほん 身体障害者等級表による級別 級 旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 第 種 神戸市 印		みほん

見本

<手帳番号>

## 【知的障害者】

療育手帳 神戸市 第 号 交付日 再交付 性別 氏名		本人の住所
(写真) 3×4cm 脱帽上半身 みほん 障害の程度 旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 第 種 神戸市 印		保護者の欄 氏名 続柄 電話 住所 みほん

見本

<手帳番号>

障害者手帳の見開き部分の写しを同封してください。

## 【精神障害者】

写真貼付欄		交付日 期限 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日 (更新) 年 月 日
氏名 住所 生年月日 性別 障害等級	神戸市 印 (精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳)	神戸市 印

見本

<手帳番号>

**[高齢者等]**

(表表紙)

(見開き)

介護保険被保険者証の表表紙と見開き部分の写しを同封してください。

**[難病患者]**

(見開き)

特定医療費（難病指定）受給者証

特定医療費（難病指定）受給者証または小児慢性特定疾病医療受給者証の見開き部分の写しを同封してください。

小児慢性特定疾病医療受給者証

(見開き)

<受給者番号（主）>  
※公費負担者番号・受給者番号（副）ではありません。

## [母子]

区名  交付日 平成

太枠欄は手帳を受け取ったらすぐに自分で記入してください。

続柄	ふりがな 氏名	生年月日(年齢)	職業
子の 父		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
		年 月 日生(歳)	
保護 者		電話	
	居住地	電話	
		電話	

見本

----- 以下は市区町村で記入しますので、空欄のままお持ちください。 -----

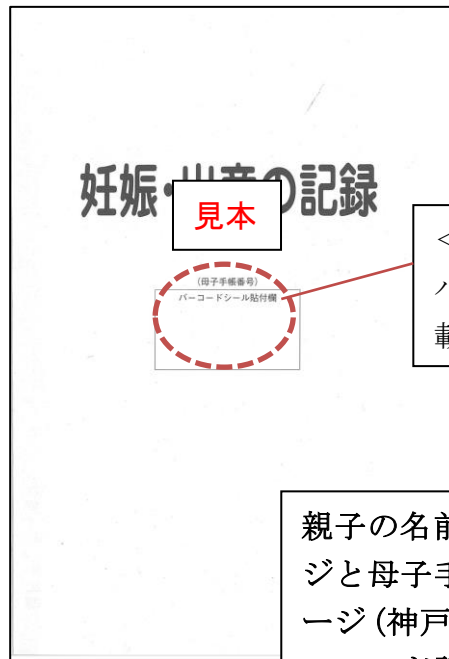
**出生届出済証明**

子の氏名				男・女
出生の場所	都道府県	市郡	区町村	
出生の年月日	平成	年	月	日

上記の者については 年 月 日  
出生の届出があったことを証明する。

市区町村長 印

赤ちゃんが生まれたら14日以内に出生届をして、同時に上欄に出生届出済の証明を受けてください。



<母子手帳番号(貼付  
バーコードの下部に記  
載の数字)>

親子の名前が確認できるページと母子手帳番号がわかるページ(神戸市の手帳の場合、バーコード記載のページ)の写しを同封してください。