

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 ファイルで印刷して

[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。

「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。

「その他」の場合は、
（ ）内に具体的に記
入してください。

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)

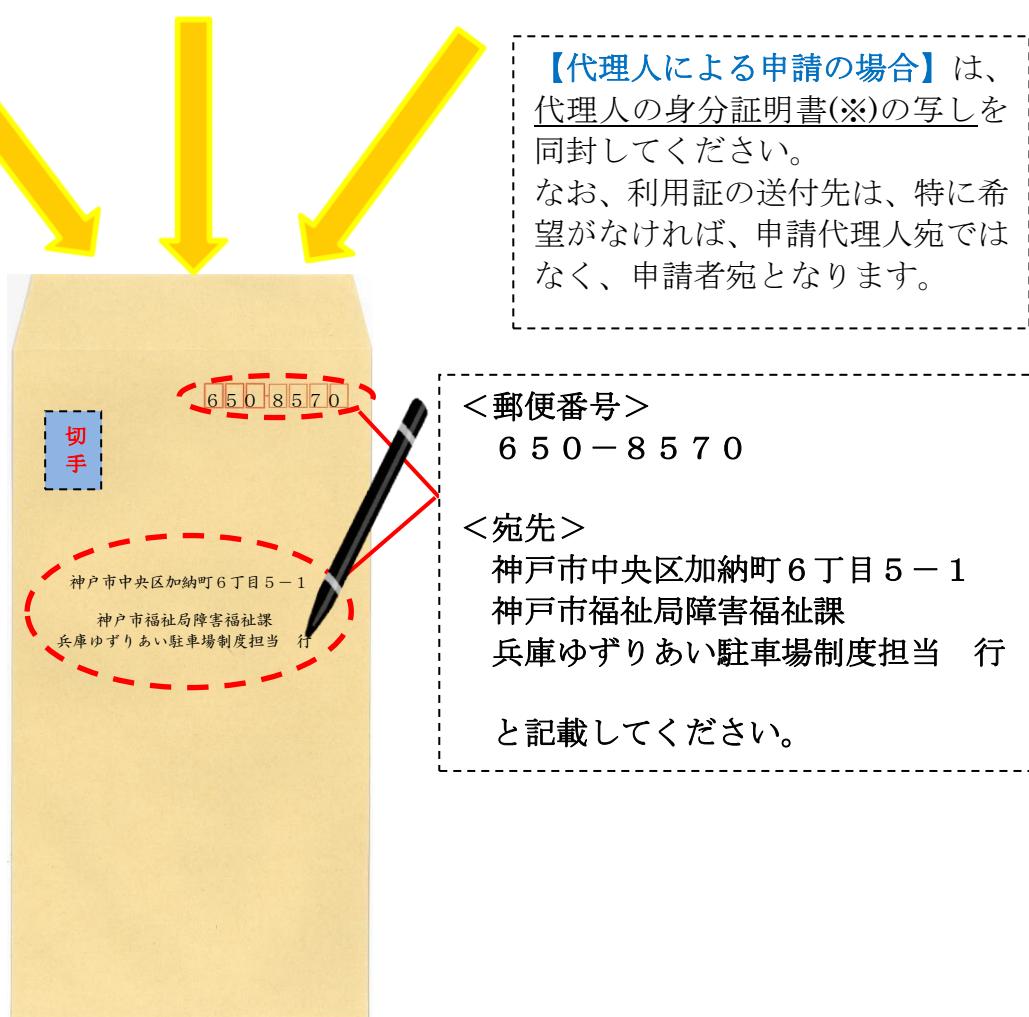
- ③ 送付用の封筒を申請者様でご用意いただいたうえ、<郵便番号><宛先>を記載し、所定の切手を貼付してください。

最後に、②で記載した「申請書」と「確認書類の写し（下の表をご確認ください）」、「180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

180円切手

確認書類の写し



対象者	確認書類（郵送の際に次の書類の写し（コピー）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、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）または登録者証と身分証明書(※)の写し
母子	表紙をめくったページと母子健康手帳番号の書かれたページの写し（5ページ）※多胎児の場合は、各々の手帳の写しが必要
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

(※)身分証明書にマイナンバーカードを使用する場合、裏面（個人番号欄）はコピーしないでください。

【身体障害者】

神戸市 第 交付日 氏名	身体障害者手帳 号	障害名	<手帳番号>
見本			
<p>みほん</p> <p>(写 真) 3 × 4 cm 脱帽上半身</p> <p>級 種 第</p> <p>神 戸 市 ほん</p>		<p>みほん</p> <p>身体障害者等級表 による級別</p> <p>旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額</p>	

【知的障害者】

神戸市 第 交付 再交付 性別 氏名	療育手帳 号	本人の住所	<手帳番号>
見本			
<p>みほん</p> <p>(写 真) 3 × 4 cm 脱帽上半身</p> <p>障害の程度 第 種 神 戸 市 ほん</p>		<p>保護者の欄 みほん</p> <p>氏名 姓 電話 住所</p>	

障害者手帳の
見開き部分の
写しを同封し
てください。

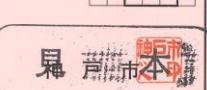
【精神障害者】

写真貼付欄	交付日	期限	年 月 日
		更新)	年 月 日
		(更新)	年 月 日
			年 月 日
見本			
<手帳番号>			
氏名	性別	神 戸 市 ほん	
住所			
生年月日	障害等級		
<p>写真貼付欄</p> <p>交付日</p> <p>期限</p> <p>(更新) 年 月 日</p> <p>(更新) 年 月 日</p> <p>(更新) 年 月 日</p> <p>神 戸 市 ほん</p> <p>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</p>			

(高齢者等)

(表表紙)

(見開き)

介護保険被保険者証		(一)	
被保険者番号	見本		
住所			
氏名(フリガナ)			
生年月日		性別	
交付年月日			
保険者番号並びに保険者の名称及び印	見本		
			

要介護状態区分等	(事業対象者の場合は、)基本チェックリスト実施日		
認定年月日			
認定の有効期間			
区分支給限度基準額			
居宅サービス等	1月当たり	サービスの種類	種類支給限度
			

見本

<被保険者番号>

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)

公費負担者番号		受給者番号	
被保険者番号		見本	
病名		<受給者番号>	
住所		※公費負担者番号ではありません	
愛称者氏名			
生年月日 性別			
保険者			
被保険者証の記号及び番号		通用区分	
保護者名 氏名		統柄	
住所			
自己負担上限額		被保険者区分	
人工呼吸器装置		高額かつ長期	
重症患者認定			
被保険者証の記号及び番号		被保険者証の記号及び番号	
有効期間			
交付年月日			
発行機関名及び印		上記のとおり認定する 兵庫県知事	

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。

(見開き)

小児慢性特定疾病医療受給者証		経過措置無	
公費負担者番号		受給者番号	
被保険者番号		見本	
愛称者氏名		副	
性別 生年月日		疾患群番号	
住所		疾患群番号	
保険者名			
被保険者証の記号番号		通用区分	
自己負担限度額		障害区分	
人工呼吸器			
高額かつ長期			
重症患者認定			
同一世帯に指定転換又は小児慢性特定疾患受給者			
有効期間			
交付年月日			
発行機関名		上記のとおり認定する 神戸市長	
			

小児慢性特定疾病医療受給者証

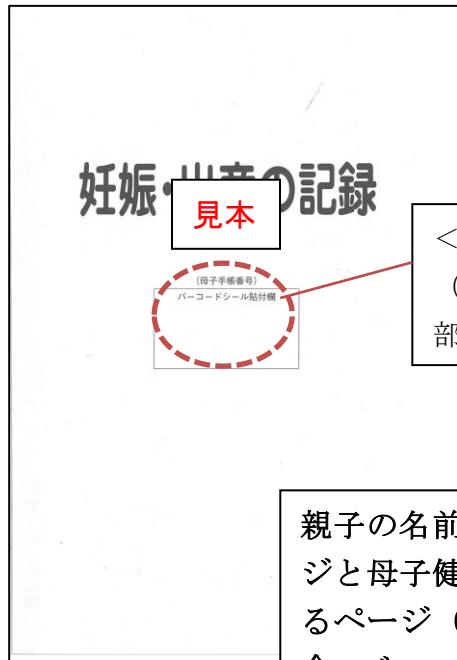
<受給者番号（主）>
※公費負担者番号・受給者番号（副）
ではありません。

(母子)

区名	<input type="text"/>	交付日	平成
太枠欄は手帳を受け取つたらすぐに自分で記入してください。			
子 の 父 の 保 護 者	姓 (姓) 名	ふりがな 名	生年月日(年齢)
	年 月 日生(歳)		職業
見本	母 (姓) 名	年 月 日生(歳)	
	年 月 日生(歳)		
	年 月 日生(歳)		
電話			
居住地	電話		
	電話		
	電話		

----- 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
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。		



<母子健康手帳番号
(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
ジと母子健康手帳番号がわか
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。

※多胎児の場合は、各々の手
帳の写しが必要