

## 埼玉県思いやり駐車場制度 実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、埼玉県（以下「県」という。）が、埼玉県福祉のまちづくり条例（平成7年埼玉県条例第11号。以下「条例」という。）第8条の2第1項の規定に基づき、高齢者、障害者等のための駐車施設（以下「駐車施設」という。）の適正な利用を推進するため、駐車施設を優先的に利用できる者を明確にし、利用証を交付する制度（以下「埼玉県思いやり駐車場制度」という。）の運用に関し、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱において駐車施設とは、次の各号に定めるところによる。

#### (1) 車椅子利用者用駐車施設

- ア 高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律施行令（平成18年政令第379号）第17条第1項に規定する車椅子利用者用駐車施設
- イ 移動等円滑化のために必要な特定路外駐車場の構造及び設備に関する基準を定める省令（平成18年国土交通省令第112号）第2条第1項に規定する路外駐車場車いす利用者用駐車施設
- ウ 移動等円滑化のために必要な特定公園施設の設置に関する基準を定める省令（平成18年国土交通省令第115号）第7条第1項に規定する車いす利用者用駐車施設
- エ 移動等円滑化のために必要な道路の構造に関する基準を定める省令（平成18年国土交通省令第116号）第22条第1項に規定する障害者用駐車施設

#### (2) 思いやり駐車場制度協力区画（以下「協力区画」という。）

- ア 車椅子利用者用駐車区画（条例第8条の2第2項に規定する「車椅子利用者が円滑に利用することができる駐車施設」）
  - 車椅子利用者用駐車施設のうち、設置者又は管理者（以下「施設管理者」という。）から第12条の規定に基づき届出を受け、県が登録した幅員350センチメートル以上の駐車区画
- イ 優先駐車区画（条例第8条の2第2項に規定する「高齢者、障害者等が円滑に利用することができる駐車施設」）
  - 施設管理者から第12条の規定に基づき届出を受け、県が登録した高齢者、障害者等が円滑に利用することができる駐車区画であって、幅員350センチメートル未満のもの

### (県の役割)

第3条 県は、駐車施設の適正な利用を推進するための利用証（以下「利用証」という。）を定めるとともに、利用証の作成、交付及び交付状況の管理等を行う。

- 2 県は、施設管理者に対し、埼玉県思いやり駐車場制度（以下「本制度」という。）への協力届出を依頼すること等により、協力区画の拡大に努める。
- 3 県は、本制度の実施に協力する市町村（以下「協力市町村」という。）の確保に努める。
- 4 県は、本制度の周知、普及啓発及び駐車施設の適正利用の促進を主体的に実施するものとする。

（協力市町村の役割）

第4条 協力市町村は、利用証の交付、再交付、返却等に係る事務を行うものとする。

- 2 協力市町村は、本制度の周知、普及啓発及び駐車施設の適正利用の促進に努めるものとする。

（利用証の交付対象者）

第5条 利用証の交付を受けることができる者（以下「交付対象者」という。）及び利用証の有効期間は、別表第1のとおりとする。

（利用証の交付申請）

第6条 利用証の交付を受けようとする者及び利用証の交付を受けた者のうち、障害の程度等の変更により利用証の種類が変更となる者は、利用証交付申請書（様式第1号）を、県又は住所地の協力市町村に提出するものとする。

- 2 前項の規定により申請をする者（以下「申請者」という。）は、当該申請に当たっては、別表第1に掲げる区分に応じ、それぞれ同表に掲げる書類等を提示しなければならない。
- 3 電子申請・届出サービス等により第1項の規定による申請をするに当たっては、前項の規定による書類等の提示に代えて、同項の書類等の写しを添付しなければならない。

（利用証の交付等）

第7条 県又は協力市町村は、申請者が交付対象者であると認めたときは、当該申請者に対して利用証を交付する。

- 2 利用証の種類は次の各号のとおりとする。
  - (1) 車椅子使用者用（様式第2号）
  - (2) その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）
  - (3) 妊産婦、けが人等で知事が必要と認める者用（様式第4号）
- 3 前項に定める利用証の交付対象者は、別表第2のとおりとする。

（利用証の使用）

第8条 利用証の交付を受けた者（以下「利用者」という。）は、駐車施設を利用するときは、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。

- 2 利用証は、利用者が車両から乗降する場合に限り使用することができる。
- 3 利用証は、他人に貸与し、使用させ、又は譲渡してはならない。

(利用証の再交付)

第9条 利用者は、利用証の紛失、破損等により利用証の再交付を受けようとするときは、県又は住所地の協力市町村に対し、第6条の規定による申請をするものとする。

(利用証の返却等)

第10条 利用者は、交付対象者の要件を欠いたときは、速やかに、第7条第1項の規定により利用証の交付を受けた県又は協力市町村へ返却するものとする。

2 利用者は、利用証の有効期間が満了したときは、裁断する等により利用証を廃棄するものとする。

3 県又は協力市町村は、利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、当該利用者に対して利用証の返却を求めることができる。

(1) 利用証を他人に貸与し、使用させ、又は譲渡したとき。

(2) 利用証を重複して取得したとき。

(3) 前2号に掲げる場合のほか、本制度の運用に支障を生じさせたとき。

(利用証の相互利用)

第11条 本県以外の地方公共団体において、同様の制度により交付された利用証は、本制度における利用証と同様に取り扱うものとする。

(施設管理者の協力施設届)

第12条 施設管理者は、本制度に協力しようとするときは、県に協力施設届出書(様式第5号)を提出するものとする。

2 県は、前項の協力施設届出書が提出されたときは、記載された駐車区画を協力区画として登録するものとする。

(施設管理者の役割)

第13条 前条の規定による届出をした施設管理者(以下「協力施設管理者」という)は、協力区画を設置するとともに、設置した場合には、案内標示などによりその旨を表示するものとする。

2 協力施設管理者は、協力区画に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るものとする。

3 協力施設管理者は、本制度の周知、普及啓発及び駐車施設の適正利用の促進に努めるものとする。

(駐車施設の円滑な利用)

第14条 県、協力市町村、協力施設管理者及び県民は、相互に協力し、協力区画を円滑に利用することができるよう努めるものとする。

(補則)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年11月1日から施行する。ただし、第1条から第5条まで及び第12条から第14条までの規定は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 県は、社会状況の変化等を踏まえ、必要に応じこの要綱について見直しを行うものとする。

埼玉県思いやり駐車場制度利用証 交付申請書



申請日：\_\_\_\_\_年 月 日

埼玉県知事 様

以下のとおり、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付を申請します。

申請者 (交付対象者) 住所：\_\_\_\_\_ (〒 - )  
 氏名：\_\_\_\_\_ 生年月日：\_\_\_\_\_年 月 日  
 電話番号：\_\_\_\_\_

※ 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 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 ※該当する項目の□にチェックを入れてください。	□身体障害	<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"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6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 type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級
		<input type="checkbox"/> 内部障害 <input 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 type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 小腸 <input type="checkbox"/> 免疫 <input type="checkbox"/> 肝臓
		□知的障害 <input type="checkbox"/> ㊦ <input type="checkbox"/> A
		□精神障害 <input type="checkbox"/> 1級
	□難病患者    病名：_____	
	□高齢者等    要介護区分 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
	□妊産婦    出産予定日：_____年 月 日	
	□その他の方    必要とする期間：_____年 月 日まで ※要診断書等	
車椅子の使用状況 ※「車椅子利用者用利用証」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。	<input type="checkbox"/> 移動の際は車椅子を常時使用している。 <input 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：_____）	

※ 裏面も必ずご記入、ご確認ください。

(※以下は記載不要)

交付年月日	年 月 日	交付番号	-	利用証種類	<input type="checkbox"/> 青色 <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	
-------	-------	------	---	-------	--	------	-------------	--------	--

(裏面)

## 同意事項

私は、「埼玉県思いやり駐車場制度」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、「高齢者、障害者等のための駐車施設」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。
- 車椅子を常時使用する方(青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、車椅子使用者用駐車区画は、青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は利用証を返却します。有効期間を満了したときは利用証を返却もしくは破棄します。
- 利用証は対象者1人につき1枚と理解し、重複して申請したり、本人以外のものに貸与若しくは使用させたり、譲渡することはしません。
- その他、埼玉県思いやり駐車場制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

## 添付書類等

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類等(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)を提示又は添付してください。

- (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指定難病医療受給者証の写し  
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。)及び身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し

2 郵送申請の場合は、以下に関係書類を送付してください。また、電子申請も可能です。

郵送申請先：〒330-9301 さいたま市浦和区高砂 3-15-1 埼玉県福祉部福祉政策課政策企画担当  
電話：048-830-3223 FAX：048-830-4801

### 【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、代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを提示又は添付してください。

代理人氏名	申請者との続柄
代理人住所	
代理人電話番号	
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 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 type="checkbox"/> 代理人の身分証明書(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し <input type="checkbox"/> 法務局登記簿の写し(成年後見人、保佐人、補助人の場合)

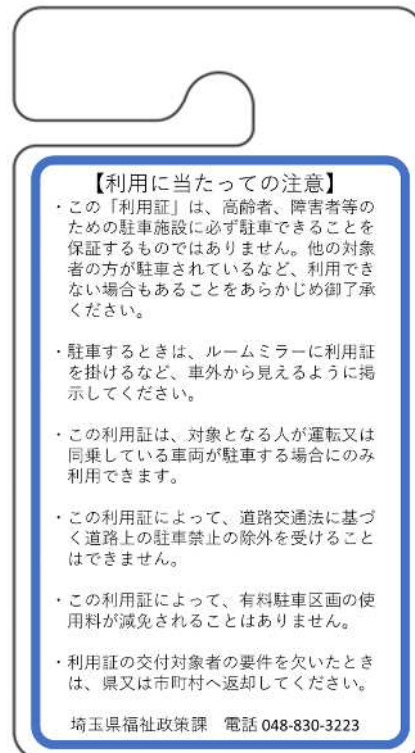
※ 記載された個人情報、埼玉県思いやり駐車場制度利用証の交付事務に必要な場合のみに使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

様式第2号（第7条関係）

【表】



【裏】

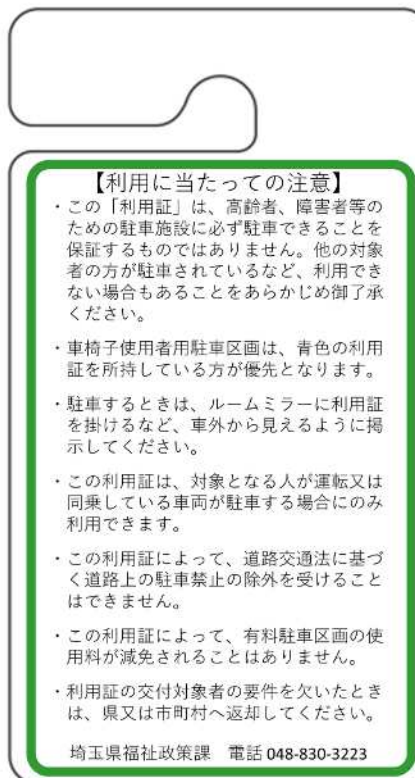


様式第3号（第7条関係）

【表】



【裏】



様式第4号（第7条関係）

【表】

埼玉県思いやり駐車場制度  
Parking Permit  
利用証



有効期間  
年 月～ 年 月

交付番号

彩の国  
埼玉県



埼玉県マスコット  
「コバトン」「さいたまっち」

【裏】

【利用に当たっての注意】

- ・この「利用証」は、高齢者、障害者等のための駐車施設に必ず駐車できることを保証するものではありません。他の対象者の方が駐車されているなど、利用できない場合もあることをあらかじめ御了承ください。
- ・車椅子使用者用駐車区画は、青色の利用証を所持している方が優先となります。
- ・駐車するときは、ルームミラーに利用証を掛けるなど、車外から見えるように掲示してください。
- ・この利用証は、対象となる人が運転又は同乗している車両が駐車する場合にのみ利用できます。
- ・この利用証によって、道路交通法に基づく道路上の駐車禁止の除外を受けることはできません。
- ・この利用証によって、有料駐車区画の使用料が減免されることはありません。
- ・利用証の交付対象者の要件を欠いたとき又は有効期間を経過したときは、利用証を各自廃棄処分してください。  
埼玉県福祉政策課 電話 048-830-3223



## 埼玉県思いやり駐車場制度 協力施設届出書

埼玉県知事 あて

法人名	
-----	--

※個人の場合は、個人名を記載してください。 ※押印は不要です。

No.	施設名・店舗名 (支店名・駐車場名など)	施設所在地 (ステッカー類の送付先)	協力区画数		ステッカー希望数			
			車椅子使用者用 駐車区画 (横幅350cm以上)	優先駐車区画 (横幅350cm未満)	A3サイズ		A2サイズ	
					車椅子使用者用 駐車区画用	優先駐車区画用	車椅子使用者用 駐車区画用	優先駐車区画用
1		〒						
2		〒						
3		〒						
4		〒						
5		〒						
6		〒						
7		〒						
8		〒						

施設の使用		(その他の場合に記載)
-------	--	-------------

※施設の使用を選択してください。「その他」を選択した場合は、具体的な内容を記載してください。

担当部署名		担当部署住所	〒
担当者氏名		E-mail	
担当部署電話番号		ホームページURL	

※裏面の記載要領を参考にしてください。

(裏面)

【記載要領】

- 1 本届出書は、以下の事項にご協力いただける場合に埼玉県福祉政策課にご提出ください。
  - ① 協力区画の設置登録、県から配付される案内表示(ステッカー)等による該当区画への掲示
  - ② 制度の周知、協力区画の適切な管理(啓発ポスターの掲示や店内放送等による利用証を掲示していない車両への適正利用の呼びかけなど)
  
- 2 「施設名・店舗名」欄は、官公署、店舗名など施設の名称を記載してください。県のホームページでは、ここに記載された名称で紹介させていただきます。なお、第1駐車場、第2駐車場のように同一施設で複数箇所に駐車施設がある場合は、それぞれ別の行に記載してください。行が不足する場合は、「別紙」をご活用ください。
  
- 3 「協力区画数」欄は、埼玉県思いやり駐車場制度の協力区画として登録いただける台数を記載してください。あわせて県ホームページに掲載可能な区画の写真を提出してください。
  
- 4 「案内表示希望枚数」の欄は、希望する枚数を記載してください。なお、希望枚数が多数となる場合は、御希望に添えないことがあります。
  
- 5 今回御登録いただく内容に変更が生じた場合は、下記問い合わせ先まで御連絡ください。

【提出先・問合せ先】

〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂3-15-1

埼玉県 福祉部 福祉政策課

電話: 048-830-3223      mail: a3380-08@pref.saitama.lg.jp

別表第1 (第5・6条関係)

区分		交付基準	申請に必要な書類等	利用証の有効期間	
身体障害者	視覚障害	4級以上	身体障害者手帳	対象者としての基準に該当しなくなるまで	
	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
		脳原性運動機能障害			上肢機能
移動機能	6級以上				
内部障害（免疫機能障害を含む）		4級以上			
知的障害者	療育手帳の障害程度の欄がA以上の者	療育手帳			
精神障害者	精神障害者保健福祉手帳の障害区分が1級の者	精神障害者保健福祉手帳			
難病患者	特定疾患医療受給者、指定難病医療受給者、小児慢性特定疾病医療受給者	次に掲げるいずれか ・特定疾患医療受給者証 ・指定難病医療受給者証 ・小児慢性特定疾病医療受給者証			
高齢者等	介護保険の要介護状態の区分が要介護1以上である者	介護保険被保険者証			
妊産婦	妊娠7箇月から産後1年までの者	母子健康手帳	妊娠7箇月から産後1年まで(※)		
けが人等	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者	次に掲げる全て ・医師の診断書若しくは意見書又は公的機関の証明書等 ・身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード等）	診断書等で必要と認める期間（原則1年以内）		
その他車椅子の常時使用が必要と認められる者	医師の診断等により、車椅子の常時使用が必要であると認められる者		対象者としての基準に該当しなくなるまで		

(※) 出産後は乳児と同伴の場合に限る。

別表第2（第7条関係）

区 分		利用証の種類	
身体障害者	視覚障害（4級以上）	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
	聴覚障害（3級以上）	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
	平衡機能障害（5級以上）	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
	肢体不自由	上肢（2級以上）	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）
		下肢（1級又は2級の者のうち、車椅子を常時使用する者）	車椅子使用者用（様式第2号）
		下肢（6級以上（1級又は2級の者については、車椅子を常時使用しない者に限る））	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）
		体幹（1級、2級又は3級の者のうち、車椅子を常時使用する者）	車椅子使用者用（様式第2号）
		体幹（5級以上（1級、2級又は3級の者については、車椅子を常時使用しない者に限る））	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）
		脳原性運動機能障害	上肢機能
	移動機能（1級又は2級の者のうち、車椅子を常時使用する者）		車椅子使用者用（様式第2号）
	移動機能（6級以上（1級又は2級の者については、車椅子を常時使用しない者に限る））		その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）
内部障害（免疫機能障害を含む）		その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
知的障害者	療育手帳の障害程度の欄がA以上の者	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
精神障害者	精神障害者保健福祉手帳の障害区分が1級の者	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
難病患者	特定疾患医療受給者、指定難病医療受給者、小児慢性特定疾病医療受給者	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
高齢者等	介護保険の要介護状態の区分が要介護3、4又は5の者のうち、車椅子を常時使用する者	車椅子使用者用（様式第2号）	
	介護保険の要介護状態の区分が要介護1以上の者（要介護3、4又は5の者については、車椅子を常時使用しない者に限る）	その他の高齢者、障害者等用（様式第3号）	
妊産婦	妊娠7箇月から産後1年までの者	妊産婦、けが人等で知事が必要と認める者用（様式第4号）	
けが人等	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者	妊産婦、けが人等で知事が必要と認める者用（様式第4号）	
その他車椅子の常時使用が必要と認められる者	医師の診断等により、車椅子の常時使用が必要であると認められる者	車椅子使用者用（様式第2号）	