

## 長崎県障害者等用駐車場利用証制度（愛称：長崎県おもいやり駐車場制度）実施要領

### （趣旨）

第1条 この要領は、長崎県（以下「県」という。）が県内に共通する長崎県障害者等用駐車場利用証（以下「利用証」という。）を交付し、障害者等用駐車場（以下「おもいやり駐車場」という。）を利用できる者を明確にすることにより、おもいやり駐車場の適正利用を図るため、長崎県福祉のまちづくり条例（以下「条例」という。）に定めるもののほか、おもいやり駐車場の管理に関し必要な事項を定めるものとする。

### （定義）

第2条 この要領において、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）公共的施設 条例第2条第2項に規定する特定生活関連施設をいう。
- （2）施設管理者 特定生活関連施設を管理する者をいう。
- （3）おもいやり駐車場 特定生活関連施設にある車椅子使用者用駐車場及び建物出入口までの経路の長さができるだけ短くなる位置に設けられた一般駐車場のうち、県に協力施設として登録した駐車場をいう。

### （県と施設管理者の役割）

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

### （利用証の交付対象者）

第4条 利用証の交付対象者は、次のいずれかに該当する者のうち、移動の際に特別な配慮が必要な者とし、交付基準は別表のとおりとする。

- （1）身体障害者、知的障害者、精神障害者、要介護者、難病患者
- （2）けが人
- （3）病人等
- （4）妊産婦

### （利用 証の交付方法）

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

ただし、利用証の交付に協力する市町にあっては、利用証の交付を当該市町に申し出ることができるものとする。

### （利用証の交付）

第6条 県は、おもいやり駐車場の利用が適当と認める者に対し、利用証（様式第2号）を交付するものとする。

ただし、利用証の交付に協力する市町は、おもいやり駐車場の利用が適当と認める者に対し、利用証（様式第2号）の交付ができるものとする。

2 利用証の交付を受けた者（以下「利用者」という。）は、利用証を車両前部の外側から容易に識別できる位置に表示するものとする。

3 利用証の有効期間は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 第4条第1項第1号に掲げる者 第4条第1項の交付基準に該当しなくなるまで
- (2) 第4条第1項第2号に掲げる者 1年以下で必要な期間
- (3) 第4条第1項第3号に掲げる者 5年以下で必要な期間
- (4) 第4条第1項第4号に掲げる者 第4条第1項の交付基準に定める期間

(利用証の再交付)

第7条 利用者は、利用証の紛失、破損、汚損により再交付を受けようとするときは、利用証再交付申出書（様式第3号）を県に提出するものとする。

ただし、利用証の交付に協力する市町にあっては、利用証の再交付を当該市町に申し出ることができるものとする。

(利用証の返却)

第8条 県は、次の各号に該当する場合には、利用証の返却を求めるものとする。

- (1) 利用者が第4条に該当しなくなったとき
- (2) 利用者が利用証を他人に譲渡し、もしくは貸与し、又は利用させたとき
- (3) 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

(駐車場の登録)

第9条 施設管理者は、その管理する駐車場について、本制度に協力しようとするときは、長崎県おもいやり駐車場制度協力施設登録申出書（様式第4号）（以下「施設登録申出書」という）を県に提出するものとする。

2 県は施設管理者より施設登録申出書の提出された内容について適当と認めたときは、施設管理者へ長崎県おもいやり駐車場施設登録完了通知書（様式第5号）を交付する。

(施設管理者の協力)

第10条 施設管理者は、おもいやり駐車場の適正利用について指導、案内表示等をするものとする。

(周知)

第11条 県及び施設管理者は、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。

(利用書の相互利用)

第12条 全国パーキング・パーミット制度推進協議会における「身体障害者等用駐車場の適正利用を図るための制度に基づく利用証の相互利用に関する合意確認書」（以下「合意確認書」という）により、相互利用を認めた地方自治体の利用証の交付を受けた者は、合意確認書第1に規定する協力施設の駐車場を利用することができるものとする。

2 施設管理者は、本県以外の地方自治体が交付した利用証を、本県で交付した利用証と同様に取り扱うものとする。

(補足)

第13条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は県福祉保健部長が定める。

## 附則

### (施行期日)

- 1 この要領は、平成19年8月1日から施行する。
- 2 この要領は、平成21年9月1日から施行する。
- 3 この要領は、平成23年7月1日から施行する。
- 4 この要領は、令和2年3月1日から施行する。
- 5 この要領は、令和4年10月1日から施行する。  
なお、令和4年9月30日以前に第6条第1項の規定により交付された利用証（有効期間を経過したものを除く）については、令和4年10月1日以降も利用証としての効力を有するものとし、既に県と施設管理者の間で締結された協定書については、第9条第2項に定める長崎県おもいやり駐車場施設登録完了通知書と同様に取り扱うものとする。
- 6 この要領は、令和5年4月1日から施行する。
- 7 この要領は、令和7年4月1日から施行する。
- 8 この要領は、令和7年7月10日から施行する。

## 別 表

### 長崎県障害者等用駐車場利用証交付基準

#### ○身体障害者

| 身 体 障 害 区 分                                           |                  |        | 対 象 等 級 |
|-------------------------------------------------------|------------------|--------|---------|
| 視覚障害                                                  |                  |        | 4級以上    |
| 聴覚又は平衡機能障害                                            |                  | 聴覚機能障害 | 3級以上    |
|                                                       |                  | 平衡機能障害 | 5級以上    |
| 音声・言語機能障害                                             |                  |        | 該当なし    |
| 肢<br>体<br>不<br>自<br>由                                 | 上 肢              |        | 2級以上    |
|                                                       | 下 肢              |        | 6級以上    |
|                                                       | 体 幹              |        | 5級以上    |
|                                                       | 脳病変による<br>運動機能障害 | 上肢機能   | 2級以上    |
|                                                       |                  | 移動機能   | 6級以上    |
| 心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、ヒト免疫不全ウイルスによる<br>免疫若しくは肝臓の機能障害 |                  |        | 4級以上    |

○知的障害者……療育手帳の障害の程度が「A1」又は「A2」の方

○精神障害者……精神障害者保健福祉手帳の障害等級1級の方

○要 介 護 者……40歳以上の方で、要介護1以上の方

○難 病 患 者……特定疾患医療受給者、特定医療費（指定難病）受給者、  
小児慢性特定疾病医療費受給者

○けが人・病人等…車椅子、杖等使用の方  
（医師の診断等により駐車場の利用に配慮が必要と認められる方）

○妊 産 婦……母子健康手帳取得時～産後1年の方

長崎県おもいやり駐車場利用証交付申出書

長崎県おもいやり駐車場利用証の交付を申出ます。

年      月      日      〒      —

申 出 者   住      所

(ふりがな)

氏      名

電話番号   (      )      —

代理人の方が申出もしくは代筆される場合は、代理人の方の身分証明書を添付してください。

〒      —

代 理 人   住      所

(来所者・代筆者)

(ふりがな)

氏      名      (続柄      )

電話番号   (      )      —

○   申出者の状況で、該当する□に✓を記入し、身体障害者については等級を記入し、知的障害者、要介護者については、それぞれ該当の等級に○をつけてください。  
けが人・病人等については車椅子・杖等の該当□にレを記入して、診断書に書かれて  
いる使用期間を、妊産婦については出産(予定)日を記入して下さい。

□身体障害者

|                               |      |        |          |      |               |
|-------------------------------|------|--------|----------|------|---------------|
| 視覚障害                          | 4級以上 | (   )級 | 聴覚障害     | 3級以上 | (   )級        |
| 平衡機能障害                        | 5級以上 | (   )級 | 肢体不自由・上肢 | 2級以上 | (   )級        |
| 肢体不自由・下肢                      | 6級以上 | (   )級 | 肢体不自由・体幹 | 5級以上 | (   )級        |
| 脳病変・上肢機能                      | 2級以上 | (   )級 | 脳病変・移動機能 | 6級以上 | (   )級        |
| □心臓   □じん臓   □呼吸器   □ぼうこう又は直腸 |      |        |          |      |               |
| □小腸   □免疫   □肝臓   機能障害        |      |        |          |      | 4級以上   (   )級 |
| 該当する□に✓を記入してください              |      |        |          |      |               |

□知的障害者   障害の程度 ( A1   A2 )      □精神障害者   障害の程度 Ⅰ級

□要 介 護 者   要介護 ( Ⅰ   Ⅱ   Ⅲ   Ⅳ   Ⅴ )      □難病患者   □小児慢性特定疾病患者

□けが人   □病人等   □ 車椅子   □ 杖 (使用期間      年      月      日 まで)

□妊 産 婦   ( 出産(予定)日      年      月      日 )

※交付機関記入欄

|         |               |         |       |                      |  |      |   |
|---------|---------------|---------|-------|----------------------|--|------|---|
| 窓口確認欄   | □ 手帳等又は利用証の確認 |         | 手帳等番号 |                      |  |      |   |
| 利用証番号   |               |         | 有効期間  | 年   月   ~      年   月 |  |      |   |
| 受 付 者 名 |               | 確 認 者 名 |       | 郵送日                  |  | 台帳記載 | □ |

様式第2号(第6条関係)

○第4条第1項第1号に掲げる者

表

裏

おもいやり駐車場 利用証  
(障害者等用駐車場利用証制度)



交付番号 No. \_\_\_\_\_

 長崎県

この面を車内側にして掲示してください。

注 意 事 項

1. この利用証は交付されたご本人が運転または同乗する場合のみ使用できます。
2. 障害等級の変更などで、利用証の交付対象者でなくなった場合、また、利用証が必要でなくなった場合は、交付を受けた窓口にご利用証を返却してください。

〈問合せ先〉  
長崎県福祉保健部福祉保健課  
地域福祉班  
電話：(095) 895-2416

※この利用証は協力施設のみ有効です。

○第4条第1項第2号、第3号及び第4号に掲げる者

表

裏

おもいやり駐車場 利用証  
(障害者等用駐車場利用証制度)



有効期間  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月

交付番号 No. \_\_\_\_\_

 長崎県

この面を車内側にして掲示してください。

注 意 事 項

1. この利用証は交付されたご本人が運転または同乗する場合のみ使用できます。
2. 有効期間満了となった場合は、すみやかに、交付を受けた窓口にご利用証を返却してください。

〈問合せ先〉  
長崎県福祉保健部福祉保健課  
地域福祉班  
電話：(095) 895-2416

※この利用証は協力施設のみ有効です。

$$\frac{\partial}{\partial t} + \frac{\partial}{\partial x} = 0$$

電話番号 ( ) —

$$\frac{\partial}{\partial t} \left( \frac{\partial \phi}{\partial t} \right) = \frac{\partial}{\partial t} \left( \frac{\partial \phi}{\partial t} \right)$$

(続柄 )

電話番号 ( ) —

- ☐妊産婦（出産(予定)日 年 月 日）

|           |                                      |         |           |  |      |                          |
|-----------|--------------------------------------|---------|-----------|--|------|--------------------------|
| 窓 口 確 認 欄 | <input type="checkbox"/> 利用証又は手帳等の確認 |         | 手帳等番号     |  |      |                          |
| 利用証番号     |                                      | 有効期間    | 年 月 ～ 年 月 |  |      |                          |
| 旧利用証番号    |                                      | 初回交付日   |           |  | 台帳記載 | <input type="checkbox"/> |
| 受 付 者 名   |                                      | 確 認 者 名 |           |  | 郵送日  |                          |

長崎県おもいやり駐車場制度協力施設登録申出書

年 月 日

長崎県福祉保健課長 あて

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 所在地  |  |

次の駐車場につきまして、長崎県おもいやり駐車場制度の協力施設として申し出ます。

| No  | 店舗等施設名    | 施設所在地     | ※車椅子<br>マーク 区<br>画数 | ※プラス<br>ワン<br>区画数 |
|-----|-----------|-----------|---------------------|-------------------|
| (例) | 〇〇スーパー長崎店 | 長崎市尾上町3-1 | 2                   | 2                 |
| 1   |           |           |                     |                   |
| 2   |           |           |                     |                   |
| 3   |           |           |                     |                   |
| 4   |           |           |                     |                   |
| 5   |           |           |                     |                   |
| 6   |           |           |                     |                   |
| 7   |           |           |                     |                   |
| 8   |           |           |                     |                   |
| 9   |           |           |                     |                   |
| 10  |           |           |                     |                   |

※車椅子マーク区画は3.5m以上、プラスワン区画は2.5m以上の幅が必要です。長崎県おもいやり駐車場にご協力いただける区画数をご記入ください。  
変更、追加等がございましたらご連絡をお願いします。

|         |  |
|---------|--|
| 担当部署名   |  |
| 担当者名    |  |
| 電話番号    |  |
| FAX番号   |  |
| メールアドレス |  |



長崎県おもいやり駐車場制度協力施設登録完了通知書

年 月 日

〇〇〇〇〇  
〇〇 〇〇 〇〇 様

長崎県 福祉保健課長  
( 公 印 省 略 )

貴施設より、 年 月 日付で登録申出がありました下記の施設について、長崎県おもいやり駐車場制度協力施設として、登録が完了いたしましたので通知いたします。

記

| 店舗等施設名 | 施設所在地 | 車椅子<br>マーク<br>区画数 | プラスワン<br>区画数 |
|--------|-------|-------------------|--------------|
|        |       |                   |              |
|        |       |                   |              |
|        |       |                   |              |
|        |       |                   |              |
|        |       |                   |              |

※登録内容に変更が生じた場合は、ご連絡ください。