

# 負傷等により短期の 「ひとにやさしい駐車場利用証」(有効期間1年以内) の申込みをされる方へ

平成23年3月 岩手県保健福祉部地域福祉課

## 対象となる負傷等

歩行障害を伴うあらゆる傷病が該当します。  
歩行障害を伴う場合は、傷病名の限定はありません。

(例示) 詳しくはお問い合わせください。

- ・脚の骨折等による一時的な歩行障害
- ・リウマチ等、歩行に障害を与える疾患があり、なんらかの事由で障害者手帳等の取得ができないか、その手続き中である場合等
- ・産前12週前の妊婦で、つわり等妊娠に伴う強い諸症状があり、歩行障害を伴う場合等



1年以内の短期利用証は  
橙色のものを交付します。

## 申込に必要な書類

- ◎ 申請日より過去6か月以内に発行を受けた医師診断書を提出願います。  
(過去6か月以上前に発行されたものはお受けできません。)
- ◎ 本書の後半ページに先生への連絡文書と医師診断書参考様式があります。
- ◎ 医師診断書は、かかりつけ医等と相談し、個別に発行について依頼してください。  
(診断書発行について斡旋等を行うことはできません。)

## 医師診断書の文書料等

- ◎ 医師診断書の発行には、多くの場合その医師が所属する医療機関の定めた文書料等が請求されます。
- ◎ 通常受診していない医療機関での診察料や、交通費等付帯費用を含め、医師診断書の取得に係る経費はすべて自己負担となります。

## 短期利用証の更新等

- ◎ 短期利用証として利用証の更新をされることも可能ですが、その時点で有効な医師診断書の提出をお願いします。
- ◎ 医師診断書に1年以上の治療期間が記載されている場合でも、短期利用証として1年以上の有効期間を設定することはできません。

5年以上の長期利用証の申込については次ページを参照ください。

## 他制度の活用による長期利用証 (有効期間5年)への申込みについて

- ◎ 医師診断書等により、けが等の傷病が1年以上継続される見通しの方には、障害者手帳の取得、介護保険法による要介護認定、特定疾患治療研究事業の受給について相談させていただくことがあります。
- ◎ 障害者手帳の取得もしくは介護保険法による要介護認定の手続きを受けられ、その結果が規定以上になった際に、本制度による長期利用証(有効期間5年)の交付対象となります。(特定疾患治療研究事業の受給の場合も同様です)

### <他制度の窓口について>

他制度の種類	障害者手帳の取得	介護保険の要介護認定の手続き	特定疾患治療研究事業の受給
担当窓口	お住まいの市町村の障がい者福祉の担当窓口	お住まいの市町村の介護保険の担当窓口	住所地を担当する保健所の特定疾患担当課

## 医師診断書を依頼される際の参考

- ◎ 次ページに先生への連絡文書、最後のページに診断書参考様式を付けています。かかりつけの先生への依頼時に御利用ください。

(照会先)各広域振興局保健福祉環境部・同保健福祉環境センター  
または岩手県保健福祉部地域福祉課  
電話019-629-5423 FAX019-629-5429

# 先生への連絡文書

平成22年4月

御担当の先生

岩手県保健福祉部地域福祉課

「ひとにやさしい駐車場利用証制度」における利用証交付申請者への  
診断書の発行等にかかる取扱いについて（お願い）

岩手県では、公共施設などに設置されている車いす駐車場の適正利用を目指して、平成22年4月より、障がい者、要介護者、特定疾患医療受給者、妊産婦等を対象に、当該駐車場の利用対象者を定め、利用証を交付する制度を開始しました。

本制度は、障害者手帳等既存の資料により歩行困難を証明するものとして利用証を発行しますが、例外として、一時的なけが人や、病状等で障がい固定しない方等に対してかかりつけ医等の診断書により利用証を交付できることとしております。

つきましては、下記1の条件に該当しないものの、歩行困難等で一般の駐車場の利用が困難との申し出があった方について、かかりつけ医に対し下記2の旨が明記された診断書の発行について相談するようお願いしておりますので、診断書の発行等にかかる対応についてよろしく申し上げます。

## 記

### 1 ひとにやさしい駐車場利用証の交付対象者（障害者手帳等所持者）

対 象 者		利用証の交付対象となる障がい等の程度	
身 体 障 害 者	視覚障害	4級以上	
	聴覚又は平衡機能障害	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
	脳病変による運動機能障害	上肢機能	2級以上
		移動機能	6級以上
	心臓、腎臓、呼吸器、膀胱又は直腸、小腸の障害	心臓機能障害	4級以上
		腎臓機能障害	4級以上
		呼吸器機能障害	4級以上
		膀胱又は直腸機能障害	4級以上
		小腸機能障害	4級以上
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害	4級以上		
肝臓機能障害	4級以上		
精神障害者(精神保健福祉手帳を所持している方)		精神障害者保健福祉手帳の等級1級	
知的障害者(療育手帳を所持している方)		療育手帳の障害の程度欄A	
色素性乾皮症患者		当該診断を医師から受けた者	
難病患者		特定疾患治療研究事業受給者	
介護保険法に基づく要介護認定を受けた方		要介護度1以上	
母子健康手帳を所持している妊産婦		出産予定日の前後12週に該当する方	

### 2 証明をお願いしたい事項

歩行困難を来たす ①疾病の名称及び②歩行困難が見込まれる期間  
(1年以上の場合でも利用証の有効期限は1年以内とします)

### 3 本件に係る照会先

岩手県保健福祉部地域福祉課 電話 019-629-5423 (直通)  
又は、各広域振興局の保健福祉環境部及び保健福祉環境センター

※ 診断書様式は自由ですが、参考までに別添のものをお示ししております。

# 診断書参考様式

## 診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

標記の者は、下記の傷病により歩行障害が認められます。

傷 病 名

歩行障害を認める期間

付 記

平成 年 月 日

医療機関の名称

所 在 地

電 話 番 号

医 師

印