

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\(PDF形式:94KB\)](#)

[兵庫県ホームページ\(外部リンク\)](#)



PDF ファイルを開いて印刷してください。

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章、第5条、第8条関係)

兵庫ゆずりあい駐車場利用証交付申請書

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

【ふりがな】(氏 名)
生年月日 年 月 日
電話番号

住所/郵便番号

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. 申請の理由等(該当する項目の口に「レ」を記入してください)

☐ 視覚障害、聴覚障害又は肢体不自由である。
☐ 歩行の用に介助や特殊な器具などを有する。
☐ 下肢に装束や不具合がある。
☐ 四肢麻痺等により、歩行、歩行、歩行等がある。
☐ 歩行の用に介助者の特別な注意を必要とする。
☐ その他

2. 区分等(該当する区分に「レ」を記入してください)

区分	基準欄	申請者の番号
視覚障害	1・2・3・4・5	
聴覚障害	1・2・3・4・5	
歩行の用に介助や特殊な器具などを有する	1・2・3・4・5	
下肢に装束や不具合がある	1・2・3・4・5	
四肢麻痺等により、歩行、歩行、歩行等がある	1・2・3・4・5	
歩行の用に介助者の特別な注意を必要とする	1・2・3・4・5	
その他	1・2・3・4・5	
身体的障害	障害程度	障害程度
精神障害	障害程度	障害程度
② 特別障害	特定障害(指定障害)受給者証	左の受給者証番号
③ 特別障害	小児慢性特定疾病受給者証	左の受給者証番号
④ 特別障害	療育施設受給者証	左の受給者証番号
⑤ 特別障害	母子健診受給者証	左の受給者証番号
⑥ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑦ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑧ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑨ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑩ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑪ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑫ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑬ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑭ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑮ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑯ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑰ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑱ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑲ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
⑳ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉑ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉒ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉓ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉔ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉕ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉖ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉗ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉘ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉙ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉚ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉛ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉜ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉝ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉞ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㉟ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊱ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊲ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊳ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊴ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊵ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊶ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊷ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊸ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊹ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊺ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊻ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊼ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊽ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊾ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号
㊿ 特別障害	児童福祉施設受給者証	左の受給者証番号

3. 区分等の記載(該当する区分に「レ」を記入してください)

4. 郵送による申請の場合は、申請書の写しと併せて「申請書」を同封してください。

5. 申請書の記入欄

申請者 区役所(担当者) 交付番号 交付時期 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。

「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)

「区分・基準欄」は該当する項目を○で囲んでください。

- 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）」、「**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



【代理人による申請の場合】は、代理人の身分証明書の写しを同封してください。
なお、利用証の送付先は、特に希望がなければ、申請代理人宛ではなく、申請者宛となります。

＜郵便番号＞

6 5 0 - 8 5 7 0

＜宛先＞

神戸市中央区加納町6丁目5-1
神戸市福祉局障害福祉課
兵庫ゆずりあい駐車場制度担当 行
と記載してください。

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	表紙をめくったページ と 母子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

【身体障害者】

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

見本

【知的障害者】

療育手帳		本人の住所
神戸市 第 号	交付 再交付 性別	<手帳番号>
氏 名		
みほん (写 真) 3 × 4 cm 脱帽上半身 障害の程度 級 第 種		保護者の欄
旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 神 戸 市		氏名 続柄 電話 住所 みほん

見本

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
みほん (写 真) 3 × 4 cm 脱帽上半身 氏 名 住 所 生 年 月 日 性 別 障 害 等 級		期限 (更新) 年 月 日
		(更新) 年 月 日
神 戸 市		(更新) 年 月 日 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」

見本

<手帳番号>

(見開き)

要介護状態 区分等		内容		期 間	
認定 年月日	(事業対象者の場合は、 基本チェックリスト実施日)	給付制限	開始 年月日	終了 年月日	
認定の 有効期間			開始 年月日	終了 年月日	
居宅 サービス等	区分支給限度基準額				
	1月当たり	見 本	届出年月日		
	サービ スの種 類	種類支給限 度	届出年月日		
認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定			介護 保険 施設 等	種類 名称	入所等 年月日 平成 年 月 退所等 年月日 平成 年 月

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。

(見開き)

様式 3 号

受給者	公費負担者番号		受給者	
	公費負担者番号			
	氏 名			
	住 所			
	氏 名			
	生年月日	性別		
	保 険 者			
	被保険者証の 記号及び事務			通川区分
	保険者名	氏 名		続 柄
	住所	居 住 区 分		
負	自己負担上限額		担	
	人工呼吸器等使用			
	高額かつ長期			
担	重症患者認定		担	
	認定期間又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者の 期間			
	有効期間			
交付年月日				
発行機関 及 び 印				

上記のとおり認定する

兵 庫 県 知 事

＜受給者番号＞

※公費負担者番号ではあ

受給者	有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
	所在地		
	医療機関	有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
	名称		
	所在地		
	有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
	名称		
	所在地		
	有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	
	名称		
所在地			
有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		

見本

でなくさい。

※この証は、認定された受給者本人、認定された疾患、認定された上記の指定医療機関での治療のために使用できず、他機関での使用はできません。

※手書きによる住所変更、氏名変更、医療機関追加(変更)等の場合は、健康福祉事務所(市保健所)による確認印がないものは無効です。

＜受給者番号＞

※公費負担者番号ではありません

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

<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
母(妊婦)		年 月 日生(歳)	
父		年 月 日生(歳)	
子の保		年 月 日生(歳)	
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。

妊娠・出産の記録

見本

(母子手帳番号)
 バーコードシール貼付欄

<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。

※多胎児の場合は、各々の手
 帳の写しが必要