

## 沖縄県ちゅらパーキング（障害者等用駐車区画）利用証制度 実施要綱

### （目的）

第1条 この要綱は、沖縄県（以下「県」という。）が障害者等用駐車区画の適切な利用を図ることを目的として、車いす使用者などの歩行が困難な者、移動の際に特別な配慮が必要な者に対し、沖縄県ちゅらパーキング利用証（以下「利用証」という。）を交付する沖縄県ちゅらパーキング利用証制度（以下「ちゅらパーキング制度」という。）の運用に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

### （定義）

第2条 この要綱において、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) 障害者等用駐車区画

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条及び沖縄県福祉のまちづくり条例施行規則（平成10年沖縄県規則第4号）別表第2第1の7に規定する車いす使用者が円滑に利用することができる駐車施設

(2) ちゅらパーキング制度協力区画

次のア及びイに掲げる駐車区画

ア 車いす使用者優先区画

障害者等用駐車区画のうち、ちゅらパーキング制度に協力する駐車場の設置者又は管理者（以下「施設管理者」という。）からの届出を受け、県が第8条第2項の規定に基づき登録した幅員350センチメートル以上の駐車区画

イ プラスワン区画

施設管理者からの届出を受け、県が第8条第2項の規定に基づき登録した駐車区画であって、車いす使用者優先区画以外のもの

(3) 協力市町村

ちゅらパーキング制度の運用に関し、県に協力する沖縄県内の市町村

### （利用証の交付基準及び種類）

第3条 利用証の交付対象者は、次の各号のいずれかに該当する者のうち、歩行が困難な者又は移動の際に特別な配慮が必要な者とし、その交付基準及び有効期間は別表のとおりとする。

- (1) 身体障害者
- (2) 知的障害者
- (3) 精神障害者
- (4) 難病患者
- (5) 高齢者等（要介護認定を受けた者）
- (6) 妊産婦
- (7) その他知事が必要と認める者

2 交付する利用証の種類は次の各号のとおりとし、その対象者はそれぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 車いす使用者用（様式第1号）

ア 肢体不自由（下肢）の1級又は2級の者のうち、車いすを常時使用する者

イ 肢体不自由（体幹）の1級、2級又は3級の者のうち、車いすを常時使用する者

ウ 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害）の1級又は2級の者のうち、車いすを常時使用する者

エ 要介護3、4又は5の者のうち、車いすを常時使用する者

オ その他車いすの常時使用が必要と認められる者

(2) その他の障害者、難病患者、高齢者等用（様式第2号）

障害者、難病患者及び高齢者等のうち、車いす使用者用の対象以外の者

(3) 妊産婦、その他知事が必要と認める者用（様式第3号）

妊産婦及びその他知事が必要と認める者

（利用証の交付）

第4条 利用証の交付を受けようとする者は、沖縄県ちゅらパーキング利用証交付申請書（様式第4号）を県に提出するものとする。

2 県は、ちゅらパーキング制度協力区画の利用が適当であると認められる者（以下「利用者」という。）に対し、利用証を交付するものとする。

（利用証の使用）

第5条 利用者は、ちゅらパーキング制度協力区画を利用するときは、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。

（利用証の再交付）

第6条 利用者は、利用証の紛失、破損、汚損等により再交付を受けようとするときは、沖縄県ちゅらパーキング利用証再交付申請書（様式第5号）を県に提出するものとする。

2 県は、適当であると認められる場合は、利用証を再交付するものとする。

（利用証の返却）

第7条 利用者は、交付基準に該当しなくなったとき、利用証を使用する必要がなくなったときは、速やかに当該利用証を県に返却しなければならない。

2 県は、次の各号に該当する場合には、利用者に対し利用証の返却を求めるものとする。

(1) 利用者が利用証を他人に譲渡し若しくは貸与し又は利用させたとき

(2) その他、利用者がちゅらパーキング制度協力区画の管理上不適切と判断される行為を行ったとき

（施設管理者の協力届出）

第8条 施設管理者は、ちゅらパーキング制度に協力しようとするときは、県に沖

縄県ちゅらパーキング利用証制度協力届出書（様式第6号）を提出するものとする。

2 県は、前項の届出書が提出されたときは、届出書に記載された駐車区画を対象区画として登録するものとする。

（施設管理者の役割）

第9条 施設管理者は、ちゅらパーキング制度協力区画の設置に努めるとともに、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 施設管理者は、ちゅらパーキング制度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。

（協力市町村の役割）

第10条 協力市町村は、次の各号に掲げる事務を行うことができる。

- (1) 第4条に掲げる利用証の交付に係る事務
- (2) 第6条に掲げる利用証の再交付に係る事務
- (3) 第7条第1項に掲げる利用証の返却に係る事務

（周知等）

第11条 県、施設管理者及び協力市町村は、ちゅらパーキング制度の周知及びちゅらパーキング制度協力区画の適正利用の促進に努めるものとする。

（利用証の相互利用）

第12条 県以外の地方自治体において、同様の制度による利用証の交付を受けている者は、ちゅらパーキング制度協力区画を利用できるものとする。

2 施設管理者は、県以外の地方自治体が交付した利用証について、第3条に規定する利用証と同様に取扱うものとする。

（補足）

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。ただし、第5条、第9条及び第12条の規定は同年7月1日から施行する。

別表

No.	区分		交付基準 (障害者手帳の等級等)	有効期間
1	視覚障害		1 級～ 4 級	なし
2	平衡機能障害		1 級～ 5 級	なし
3	肢体不自由	上肢	1 級、 2 級	なし
4		下肢	1 級～ 6 級	なし
5		体幹	1 級～ 5 級	なし
6	乳幼児期以前の非 進行性の脳病変に よる運動機能障害	上肢機能	1 級、 2 級	なし
7		移動機能	1 級～ 6 級	なし
8	心臓、じん臓若しくは呼吸器又は ぼうこう若しくは直腸、小腸、ヒ ト免疫不全ウイルスによる免疫若 しくは肝臓の機能の障害		1 級～ 4 級	なし
9	知的障害		A 1、 A 2	なし
10	精神障害		1 級	なし
11	難病患者		障害者総合支援法の対象となる 疾病に罹患している者（特定医 療費(指定難病)受給者等） 特定疾患医療受給者 小児慢性特定疾病医療受給者	なし
12	高齢者等		要介護 1 以上	なし
13	妊産婦	産前	妊娠 7 ヶ月から	妊娠 7 ヶ月から 産後 1 年 6 ヶ月 まで
14		産後	産後 1 年 6 ヶ月まで	
15	その他知事が 必要と認める者	上記区分のうちで交付基準に該当しない者のうち、 歩行が困難又は移動の際に配慮が必要な者		1 年未満で必要 な期間
		その他の障害、一時的な怪我や病気等により歩行が 困難又は移動の際に配慮が必要な者		

沖縄県ちゅらパーキング利用証  
（車いす使用者用）

沖縄県ちゅらパーキング  
（障害者等用駐車区画）

**利用証**  
（車いす使用者用）



交付番号  
—

 **沖縄県**

沖縄県ちゅらパーキング利用証  
（その他の障害者、難病患者、高齢者等用）

沖縄県ちゅらパーキング  
（障害者等用駐車区画）

利用証



交付番号

—



沖縄県ちゅらパーキング利用証  
（妊産婦、その他知事が必要と認める者用）

沖縄県ちゅらパーキング  
（障害者等用駐車区画）

利用証



有効期間

年 月～ 年 月

交付番号

—



## 沖縄県ちゅらパーキング利用証 交付申請書

申請日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

沖縄県知事 様

以下のとおり、沖縄県ちゅらパーキング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。

<b>歩行困難等の状況</b>	<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。		
<b>該当する交付基準</b> ※該当する項目の□にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 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"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	
	<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 1級		
	<input type="checkbox"/> 難病患者      病名： _____		
	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 妊産婦      出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日			
<input type="checkbox"/> その他の方      必要とする期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日まで ※要診断書等			
<b>車いすの使用状況</b> ※「車いす使用者用利用証」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"/> 移動の際は車いす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"/> 赤色 <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	済
-------	-------	------	---	-------	--	------	-------------	--------	---



(裏面)

## 同意事項

私は、「ちゅらパーキング利用証制度」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、「ちゅらパーキング協力区画」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。**
- 車いすを常時使用する方(赤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、**車いす使用者優先区画は、赤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、有効期間を満了したときは利用証を返却します。**
- 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- その他、ちゅらパーキング利用証制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

## 添付書類について

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類(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「特定医療費(指定難病)受給者証の写し」、「医師の診断書等疾病名を確認できるもの及び本人確認書類」、「知事が指定難病にかかっていることを証明する通知書の写し」のいずれか  
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。)及び本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し

2 車いす使用者用利用証を希望される方で、肢体不自由(下肢1・2級、体幹1～3級)、脳原性運動機能障害(移動1・2級)、高齢者等(要介護3～5)以外の方は、車いす使用が永続することを証明できる医師の診断書・意見書等及び本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

3 郵送申請の場合は、利用証を郵送するための切手(140円)を同封してください。

郵送申請先：〒900-8570 那覇市泉崎 1-2-2 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課

電話：098-866-2190 FAX：098-866-6916

### 【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、代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

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"/> 代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しの提出 <input type="checkbox"/> 法務局登記簿の写しの提出(成年後見人、補佐人、補助人の場合)

※ 記載された個人情報、沖縄県ちゅらパーキング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。

**再交付用**

**沖縄県ちゅらパーキング利用証  
再交付申請書**

申請日：\_\_\_\_\_年 月 日

沖縄県知事 様

以下のとおり、沖縄県ちゅらパーキング利用証の再交付を申請します。

申請者 (交付対象者) \_\_\_\_\_ (〒 \_\_\_\_\_ )  
 住所：\_\_\_\_\_  
 ふりがな  
 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。

利用証交付番号	—	
利用証の種類	<input type="checkbox"/> 車いす使用者用（赤） <input type="checkbox"/> その他の障害者・高齢者等用（緑） <input type="checkbox"/> 妊産婦、その他の方用（ルヅ）【有効期間：_____年 月 日まで】	
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他（_____）	
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。	<input type="checkbox"/> 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"/> 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
	<input type="checkbox"/> 知的障害	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2
	<input type="checkbox"/> 精神障害	<input type="checkbox"/> 1級
	<input type="checkbox"/> 難病患者	病名：_____
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 妊産婦	出産予定日：_____年 月 日
<input type="checkbox"/> その他の方	必要とする期間：_____年 月 日まで	
車いすの使用状況 ※「車いす使用者用利用証」の再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"/> 移動の際は車いす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（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）

再交付年月日	_____年 月 日	交付番号	—	利用証種類	<input type="checkbox"/> 赤色 <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	済
--------	------------	------	---	-------	--	------	----------------------------	--------	---

(裏面)

## 同意事項

私は、「ちゅらパーキング利用証制度」について、次のことに同意し利用証の再交付を申請します。(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、「ちゅらパーキング協力区画」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。**
- 車いすを常時使用する方(赤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、**車いす使用者優先区画は、赤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、有効期間を満了したときは利用証を返却します。**
- 利用証を他人に譲渡、貸与又は利用させることはしません。
- その他、ちゅらパーキング利用証制度の趣旨を理解し、区画を適正に利用します。

## 注意事項

- 1 利用証の**再交付は、当初に交付を受けた窓口でのみで受け付けています。**当初に交付を受けた窓口での再交付申請が困難な場合は、県に郵送で申請してください(下記5参照)。また、当初に交付を受けた窓口が分からない場合は、県障害福祉課(098-866-2190)にご確認ください。
- 2 **破損、汚損等で交付済みの利用証がお手元にある場合は、当該利用証を必ず返却してください。**
- 3 再申請の際には、確認のためにそれぞれ次の書類(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「特定医療費(指定難病)受給者証の写し」、「医師の診断書等疾病名を確認できるもの及び本人確認書類」、「知事が指定難病にかかっていることを証明する通知書の写し」のいずれか  
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・・・本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写し ※診断書等は不要
- 4 車いす使用者用利用証の再交付を希望される方で、肢体不自由(下肢1・2級、体幹1～3級)、脳原性運動機能障害(移動1・2級)、高齢者等(要介護3～5)**以外の方は、本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。**※診断書等は不要
- 5 郵送での再申請の場合は、利用証を郵送するための切手(140円)を同封してください。  
郵送申請先：〒900-8570 那覇市泉崎 1-2-2 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課  
電話：098-866-2190 FAX：098-866-6916

### 【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、代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しを添付してください。

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"/> 代理人の本人確認書類(運転免許証、マイナンバーカード等)の写しの提出 <input type="checkbox"/> 法務局登記簿の写しの提出(成年後見人、補佐人、補助人の場合)		

※ 記載された個人情報、沖縄県ちゅらパーキング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。

沖縄県ちゅうらパーキング利用証制度 協力届出書

年 月 日

沖縄県知事 あて

所在地	
法人名・施設名・店舗名等	
代表者 職・氏名	

※個人の場合は、「代表者 職・氏名」欄に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		案内表示希望枚数							
			車いす使用者 優先区画 (350cm以上)	プラスワン 区画 (250cm程度)	カラーコーン用 ステッカー		A3サイズ		A2サイズ			
					車いす使用者 優先区画用	プラスワン 区画用	車いす使用者 優先区画用	プラスワン 区画用	車いす使用者 優先区画用	プラスワン 区画用		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												

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

※施設の用途を選択していきましょう。「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	
担当者職・氏名	E-mail
電話番号	F A X

※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沖縄県障害福祉課にメール又は郵送でご提出ください。
  - ① 協力区画の設置登録、県から配付される案内表示(カラーコーン用ステッカー、看板用ステッカー)等による該当区画への掲示
  - ② 協力区画の適切な管理(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、ちゅうらパーキング利用証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。
- 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 今回ご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ご連絡ください。

【提出先・問合せ先】  
〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2 行政棟3階北側  
沖縄県 子ども生活福祉部 障害福祉課  
電話：098-866-2190 mail: aa029017@pref.okinawa.lg.jp