（様式第４号：第８関係）

信州パーキング・パーミット制度協力届出書

　　 年 　 月 　 日

　長野県知事　　様

所在地　〒

法人名等

職

信州パーキング・パーミット制度の協力施設として協力することを届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 制度協力開始予定日 | | 年　　　月　　　日 | |  | |
| № | 施設名 | 施設所在地 | 施設内駐車  区画総数 | 制度協力区画数※ | |
| 車いす使用者用駐車区画  幅広(350cm以上) | 車いす使用者以外の駐車区画  通常幅(350cm未満) |
| １ |  |  | 約　　　　　区画 | 区画 | 区画 |
| ２ |  |  | 約　　　　　区画 | 区画 | 区画 |
| ３ |  |  | 約　　　　　区画 | 区画 | 区画 |
| ４ |  |  | 約　　　　　区画 | 区画 | 区画 |
| ５ |  |  | 約　　　　　区画 | 区画 | 区画 |
| 合計 | | | | 区画 | 区画 |

※それぞれの区画数の合計に応じて案内表示を配布します。

制度協力区画数は、裏面を参考にご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当部署名 |  |  | 電話番号 |  |
| 担当者氏名 |  |  | E-mail |  |
|  | |  | ＵＲＬ |  |

（様式第４号裏面）

【留意事項】

１ 「施設名」欄は、店舗名など施設の名称を記載するとともに、

不足する場合は別紙に一覧を作成し添付してください。

（県のホームページには、本欄記載の名称を掲載します。）

２ 施設の移転・閉鎖等により、当該駐車場が使用できなくなった

場合には、長野県健康福祉部地域福祉課（℡：026-232-0053）

までご連絡ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ●制度協力区画数の目安 | | |
| 施設内駐車  区画数 | 協力区画数 | |
| 車いす使用者用駐車区画  幅広(350cm以上) | 障がい者等用駐車区画  通常幅(350cm未満) |
| ２５未満 | どちらか1以上 | |
| ２５～１００ | １以上 | １以上 |
| １０１～２００ | ２以上 | ２以上 |
| ２０１～３００ | ３以上 | ３以上 |
| ３０１～４００ | ４以上 | ４以上 |
| ４０１～５００ | ５以上 | ５以上 |
|  | ※以降、施設内区画数が１００増加ごとに協力区画を１以上確保 | ※以降、施設内区画数が１００増加するごとに協力区画を１以上確保 |

【信州パーキング・パーミット制度協力区画について】

１　駐車区画数２５以上の場合は、車いす使用者用駐車区画(幅広)

及び障がい者等用駐車区画(通常幅)の両方を確保してください。

　２　通常幅(350cm未満)区画の確保が困難な場合で、既存の幅広

(350cm以上)区画が、幅広及び通常幅の合計区画数以上ある場合

は、通常幅区画も確保されているとみなすことができます。