

信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）制度実施要綱

（趣旨）

第1 この要綱は、長野県（以下、「県」という。）が、障がい者等用駐車場の円滑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等に対し、県内に共通する「障がい者等用駐車場利用証」（以下、「利用証」という。）を交付する「信州パーキング・パーミット制度」の運用に関し、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2 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) 車いす使用者 車いすの常時使用が必要と認められる者
- (2) 障がい者等 障がい者、高齢者、傷病者、妊産婦その他の者で歩行が困難または歩行に介助者の特別な注意が必要な者
- (3) 特定施設 長野県福祉のまちづくり条例第2条第2項に規定する特定施設
- (4) 協力区画 特定施設にある障がい者等用駐車場（以下に掲げる区画を有する駐車場）のうち、特定施設の管理者が県に協力を届け出た以下の駐車区画
 - ア 車いす使用者用駐車区画（幅広） 幅員 350 センチメートル以上
 - イ 障がい者等用駐車区画（通常幅） 幅員 350 センチメートル未満
- (5) 施設管理者 協力区画を管理する者

（利用証の交付申請及び再交付）

第3 利用証の交付を受けようとする者または利用証の紛失、汚れや破損等により利用証の再交付を受けようとする者は、交付申請書（様式第3号、以下「申請書」という。）を県に提出するものとする。ただし、利用証の交付を受けようとする者は、市町村に対しても、申請書を提出することができる。

- 2 申請書の提出にあたっては、交付基準該当の可否の確認のために必要な書類を提示しなければならない。
- 3 再交付する利用証に記載する有効期間は、再交付前の利用証と同一とする。

（利用証の交付）

第4 県は、別表の区分ごとに定める交付基準に該当する障がい者等で、協力区画の利用を希望する者に対し、その申請に基づき、次の各号に掲げる利用証を交付するものとする。ただし、第3第1項のただし書きにより申請書が提出された場合にあっては、市町村は別表に定める交付基準に該当する障がい者等に対し、次の各号に掲げる利用証を交付することができる。

- (1) 車いす使用者 様式第1号
- (2) それ以外の者 様式第2号

（利用証の有効期間）

第5 利用証の有効期間は、別表に掲げるとおりとする。

- 2 前項の有効期間の満了後も引き続き利用証の交付を受けようとする者は、有効期間の満了日までに第3の申請書を県に提出しなければならない。ただし、市町村に対しても申請書を提出することができる。

(利用証の掲示)

第6 第4の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。

(利用証の返却)

第7 利用者は、第4の交付基準に該当しなくなったとき、または汚れや破損等により再交付を受けようとするときは、速やかに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) 利用者が往路または帰路のいずれにも乗車しないで、利用者以外の者が利用証を使用したとき

(2) 信州パーキング・パーミット制度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

(施設管理者の協力)

第8 特定施設の管理者は第2第4号に定める駐車区画を確保し、信州パーキング・パーミット制度に協力する場合には、協力届出書(様式第4号)を県に提出するものとする。

2 県は、提出された協力届出書に基づき、施設管理者に案内表示(様式第5号及び様式第6号)を配布するものとする。

3 施設管理者は、特定施設の出入口にできるだけ近い駐車区画に、協力区画を設置するとともに、利用証掲示車両の優先駐車区間である旨の案内表示をするものとする。

4 施設管理者は、協力区画の適切な管理に努めるものとする。

5 施設管理者は、協力区画に関する問題が発生した場合は、県と協力して解決するものとする。

6 施設管理者は、特定施設の移転、閉鎖等により信州パーキング・パーミット制度に協力出来なくなった場合は、協力廃止届出書(様式第7号)を遅滞なく県に提出するものとする。

(周知)

第9 県及び施設管理者は、協力区画の適正利用について、周知に努めるものとする。

(他の制度等との調整)

第10 「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」により相互利用を認めた他の地方公共団体が発行する駐車場利用証の交付を受けている者は、協力区画を利用することができる。

2 施設管理者は、前項の利用証が第4に規定する利用証と同様の効力を有するものとして取り扱うものとする。

(補則)

第11 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定めるものとする。

附 則

1 この要綱は、平成27年12月21日から適用する。

附 則

1 この要綱は、平成28年10月1日から適用する。

附 則

1 この要綱は、令和5年4月1日から適用する。

別表（第4・第5関係）

| 区分 | | 交付基準 | 有効期間 | |
|---------------------------------|---|-------------------------------------|----------------|----------------|
| 1 身 体 障 が い 者 | 視覚障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | 発行の日から 5年以内 | |
| | 聴覚障がい | 身体障害者手帳が3級以上の者 | | |
| | ろうあ | 身体障害者手帳が3級以上の者 | | |
| | 平衡機能障がい | 身体障害者手帳が5級以上の者 | | |
| | 肢体不自由 | 上肢 | | 身体障害者手帳が2級以上の者 |
| | | 下肢 | | 身体障害者手帳が6級以上の者 |
| | | 体幹 | | 身体障害者手帳が5級以上の者 |
| | | 脳原性 | | 上肢機能 |
| | 移動機能 | | | 身体障害者手帳が6級以上の者 |
| | 心臓機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | |
| | 腎臓機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | |
| | 呼吸器機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | |
| | ぼうこうまたは直腸の機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | |
| 小腸機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | | |
| ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | | |
| 肝臓機能障がい | 身体障害者手帳が4級以上の者 | | | |
| 2 知的障がい者 | 療育手帳所持者で障害程度欄がA1、A2の者 | | | |
| 3 精神障がい者 | 精神障害者保健福祉手帳が1級の者 | | | |
| 4 発達障がい者 | 歩行に介助者の特別な注意が必要と医療機関、療育機関等が認めた者 | | | |
| 5 難病患者 | 特定医療費（指定難病）受給者 特定疾患医療受給者 長野県特定疾病医療受給者 先天性血液凝固因子障害等医療受給者 小児慢性特定疾病医療受給者 | | | |
| 6 高齢者 | 介護保険の要介護状態区分が要介護1以上の者 | 発行の日から 2年以内 | | |
| 7 妊産婦 | 母子健康手帳を取得した者 産後は2歳未満の子どもを同伴する場合に限る | 母子健康手帳の取得から出産（分娩予定日）後2年の間 | | |
| 8 その他けが人または病気等の者 | けがまたは病気等により歩行が困難であることが診断書等により確認できる者 | 医師の診断書等による必要期間以内 （最長で発行の日から1年以内） | | |

信州パーキング・パーミット制度
利用証



有効期限

No :



長野県

信州パーキング・パーミット制度 利用証



有効期限

No :



長野県

※申請時の留意事項

1 申請書と併せて、以下の確認書類を提示してください。

| | |
|--------------|---|
| 身体障がい者 | 身体障害者手帳 (住所、氏名、障害等級、障害名の記載があるページ) |
| 知的障がい者 | 療育手帳 (住所、氏名、障害の程度の記載があるページ) |
| 精神障がい者 | 精神障害者保健福祉手帳 (住所、氏名、障害等級の記載があるページ) |
| 発達障がい者 | 医療機関、療育機関等からの証明書 |
| 難病患者 | 特定医療費（指定難病）受給者証 特定疾患医療受給者証 長野県特定疾病医療受給者証 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証 小児慢性特定疾病医療受給者証 (住所、氏名、病名の記載があるページ) |
| 高齢者 | 介護保険被保険者証 (住所、氏名、要介護状態区分の記載があるページ) |
| 妊産婦 | 母子健康手帳 (住所、氏名、出生年月日（または分娩予定日）の記載があるページ) |
| その他けが人または病気等 | 医師の診断を記載した書面等の必要書類 (歩行困難な旨明記されたもの) |

2 郵送による申請の場合

確認書類の写し1部と、返信用切手（140円）を同封してください。

3 その他（利用証の再交付申請をする場合）

紛失した場合を除き、使用していた利用証は返却してください。

（代理人が窓口で申請される場合は、上記の添付書類に加えて、代理人の方の本人確認書類（運転免許証、保険証等）を持参下さい。また、下記の代理人申請欄への記載が必要です。）

【代理人申請欄】 ※申請者の承認を得ていることが必要です。

| | |
|--------------|----------------|
| 代理人氏名 | |
| 代理人住所 連絡先 | 〒 TEL : |
| 申請者との続柄 | |

※記載された個人情報、本駐車場利用証の交付等の事務に必要な場合のみに使用します。

(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

代表者職・氏名

信州パーキング・パーミット制度に協力することを届け出ます。

| 制度協力開始予定日 | | 年 月 日 | | 制度協力区画数※ | |
|-----------|-------|-------|---------------|----------------------------|-------------------------------|
| No. | 協力施設名 | 施設所在地 | 施設内駐車 区画総数 | 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 | |
| 担当者氏名 | |

| | |
|--------|--|
| 電話番号 | |
| E-mail | |
| U R L | |

【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 (Tel : 026-232-0053) までご連絡ください。

【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、車いす利用者用駐車区画(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。

●制度協力区画数の目安

| 施設内駐車 区画数 | 協力区画数 | |
|--------------|---|---|
| | 車いす利用者用駐車区画 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

**利用証をお持ちの方の優先
利用にご協力ください。**

長野県以外の自治体から制度の利用証を交付されている方も、この駐車場を利用することができます。



信州パーキング・パーミット制度 協力区画

**利用証をお持ちの方の優先
利用にご協力ください。**

長野県以外の自治体から利用証を交付されている方も、この駐車場を利用することができます。

(様式第7号：第8関係)

信州パーキング・パーミット制度 協力廃止届出書

年 月 日

長野県知事 様

所在地 〒

法人名等

代表者職・氏名

信州パーキング・パーミット制度協力施設の登録を廃止したいので、「信州パーキング・パーミット（障がい者等用駐車場利用証）制度実施要綱」第8第6項の規定に基づき、次のとおり届出します。

| 登録廃止施設名（支店・店舗名） | 施設所在地 |
|-----------------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(廃止の理由) ※該当する項目の□に✓を入れてください。

登録協力施設・事業所が閉鎖するため

その他

※ [] 内に理由を記載してください。

[]

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