

鳥取県ハートフル駐車場利用証制度実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、鳥取県（以下「県」という。）が身体等に障がいのある方、高齢者等で歩行が困難な方、又はけが人若しくは妊産婦の方で一時的に歩行が困難な方等に利用証を交付し、ハートフル駐車場の適正な利用を図るため導入する鳥取県ハートフル駐車場利用証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条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 公共的施設等 鳥取県福祉のまちづくり条例（平成20年鳥取県条例第2号）第2条第1項第2号に規定する公共的施設等
- (2) 施設管理者 公共的施設等を管理する者
- (3) 車いす使用者用駐車施設 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条第1項に規定する車いす使用者用駐車施設
- (4) ハートフル駐車場 次の施設のうち、県と施設管理者が別に定める協定書を締結した駐車施設
 - ア 公共的施設等に設置する車いす使用者用駐車施設
 - イ アを確保した上で、別に確保される幅250センチメートル以上350センチメートル未満の駐車施設
- (5) 関係自治体 県が「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

(県及び施設管理者の役割)

第3条 県は、ハートフル駐車場の利用を希望する者の申請に基づき、ハートフル駐車場利用証（以下「利用証」という。）を発行するものとし、施設管理者はハートフル駐車場の不適切な利用がないよう適正な管理に努めるものとする。

(利用証を交付する者の範囲)

第4条 利用証の交付を受けることができる者は、次のいずれかに該当する者のうち、歩行が困難であると認められる者、歩行に介助者の支援が必要であると認められる者又はその他移動に配慮が必要であると認められる者とし、交付基準は別表第1に掲げるとおりとする。

- (1) 身体障がい者
 - (2) 知的障がい者
 - (3) 精神障がい者
 - (4) 発達障がい者等
 - (5) 高齢者
 - (6) 難病者
 - (7) けが人
 - (8) 妊産婦等
- 2 その他、歩行困難であるためハートフル駐車場の利用が適切であると医師が認める者に対して、必要に応じて利用証を交付するものとする。

(利用証の交付窓口)

第5条 利用証の交付窓口は、県福祉保健部ささえあい福祉局福祉保健課、県中部総合事務所倉吉保健所、県西部総合事務所県民福祉局、県西部総合事務所日野振興センター日野振興局及び別表第2に掲げる市町村とする。

(利用証交付の申請)

第6条 利用証の交付を受けようとする者は、利用証交付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)を前条の規定による交付窓口に提出することにより申請するものとする。なお、申請書に記載する確認のための書類の提示を必要とする。

(利用証の交付等)

第7条 県は、第5条に定める交付窓口においてハートフル駐車場の利用が適当と認めた者(以下「利用者」という。)に対し、利用証(様式第2号)を交付するものとする。

2 利用証の有効期間は、次に掲げるとおりとする。

(1) 第4条第1項第1号から第6号までに掲げる者に対し交付するもの 5年

(2) 第4条第1項第7号、第8号に掲げる者及び同条第2項に規定する者に対し交付するもの 5年を超えない範囲内で必要であると認めた期間

3 前項の有効期間満了後も引き続き利用証の交付を受けようとする者は、有効期間満了日までに申請書を第5条に定める交付窓口へ再度提出するものとする。

4 利用者は、ハートフル駐車場に駐車するときには、利用証を車両前部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。

(利用証の再交付)

第8条 利用者は、利用証の紛失、汚損等により再交付を受けようとするときは、利用証再交付申請書(様式第3号)を第5条に定める交付窓口へ提出するものとする。なお、申請書に記載する確認のための書類の提示を必要とする。

(利用証の返却)

第9条 県は、次の各号のいずれかに該当する場合には、利用証の返却を求めるものとする。

(1) 利用者が、別表第1に定める基準に該当しなくなったとき。

(2) その他ハートフル駐車場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10条 施設管理者は、ハートフル駐車場の案内表示を設置するとともに、ハートフル駐車場の適正な利用が図られるよう努めるものとする。

2 施設管理者は、利用証を掲示せずにハートフル駐車場に駐車している車両に県作成の啓発資料を置くこと等により、当該車両の使用者等に制度の趣旨を周知して適正利用の促進に努めるものとする。

(関係自治体との相互利用)

第11条 利用者は関係自治体との相互利用協定に規定する協力施設を利用できるものとする。

2 施設管理者は、関係自治体が交付した利用証について、第7条に定める利用証と同様に取り扱うものとする。

(周知)

第 12 条 県及び施設管理者は、ハートフル駐車場の適正利用について、周知に努めるものとする。

(補則)

第 13 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 21 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 4 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 9 月 8 日から施行する。

別表第1（第4条関係）

第4条第1項各号に掲げる者にかかる交付基準は、次の各号に掲げる者ごとにそれぞれ定めるところによる。

(1) 第1号から第4号までに掲げる者

○身体障がい者 次の表中○が付されている区分及び等級に該当する者

区 分	等 級					
	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
視覚障がい	○	○	○	○		
聴覚障がい						
平衡機能障がい			○		○	
音声機能、言語機能又はそしゃく機能障がい						
上肢不自由	○	○				
下肢不自由	○	○	○	○	○	○
体幹不自由	○	○	○		○	
乳幼児期以前の非進行性の 脳病変による運動機能障がい	上肢機能	○	○			
	移動機能	○	○	○	○	○
心臓機能障がい	○		○	○		
じん臓機能障がい	○		○	○		
呼吸器機能障がい	○		○	○		
ぼうこう又は直腸の機能障がい	○		○	○		
小腸機能障がい	○		○	○		
ヒ免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい	○	○	○	○		
肝臓機能障がい	○	○	○	○		

○知的障がい者 療育手帳の障害程度欄「A」の者

○精神障がい者 精神障害者保健福祉手帳の障害区分が「1級」の者

○発達障がい者等 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

(2) 第5号及び第6号に掲げる者

○高齢者 介護保険の要介護状態区分が「要支援1、2」又は「要介護1～5」の者

○難病患者 特定疾患医療受給者、特定医療費（指定難病）受給者、小児慢性特定疾病医療費受給者

○その他 診断書等で歩行が困難であると認められる方

(3) 第7号及び第8号に掲げる者

○けが人 車いす、杖等の使用が必要であると認められる者

○妊産婦等 妊娠7か月から産後1年半までの者（産後については、1歳6か月未満の子どもを同伴する場合に限る。）又は1歳6か月未満の子どもを同伴する者

別表第2 (第5条関係)

交付窓口	
市 町 村	鳥取市
	岩美町
	若桜町
	智頭町
	八頭町
	倉吉市
	三朝町
	湯梨浜町
	琴浦町
	北栄町
	米子市
	境港市
	日吉津村
	大山町
	南部町
	伯耆町
	日南町
	日野町
	江府町

鳥取県ハートフル駐車場利用証 交付申請書

私は、鳥取県ハートフル駐車場利用証制度実施要綱第4条（利用証を交付する者）に該当するため、鳥取県ハートフル駐車場利用証の交付を申請します。

年 月 日

住 所

申 請 者 (ふりがな)

氏 名

電話番号

**障がい等の
状況
(記載必須)**

**※該当する
ものにチェ
ック**

身体障がい者	
視覚障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
平衡機能障がい	<input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
肢体不自由	上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	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
	体幹 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 5級
脳原性運動機能障がい	上肢 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	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
心臓機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
じん臓機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
呼吸器機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
ぼうこう又は直腸機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
小腸機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
免疫機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
肝臓機能障がい	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級
知的障がい者	<input type="checkbox"/> A（交付を受けることができるのは障害程度欄がAの場合に限る）
精神障がい者	<input type="checkbox"/> 1級（交付を受けることができるのは障害区分欄が1級の場合に限る）
発達障がい者等	<input type="checkbox"/> 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
高齢者	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
難病患者	<input type="checkbox"/> 病名（ ） ※特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証のいずれかで確認
けが人	（ <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 杖 ） 使用期間 年 月 日まで
妊産婦等 ※妊娠7か月（24週） 以降から申請可能	<input type="checkbox"/> 妊娠7か月（24週）から産後1年半までの者 出産（予定）日 年 月 日 ※産後については、1歳6か月未満の子どもを同伴する場合に限る
	<input type="checkbox"/> 1歳6か月未満の子どもを同伴する者
その他	<input type="checkbox"/> 歩行困難であるためハートフル駐車場の利用が適切であると医師が認める者
	<input type="checkbox"/> 上記以外の者（ ）

申請の際には、書類の提示が必要となります。また、裏面の注意事項を必ずご確認ください。

（以下記載不要）

書類 確認 欄	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 医師の確認書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	交付番号		担当
		有効期限	年 月	

(裏面)

～ 注 意 事 項 ～

1 申請の際には、確認のためにそれぞれ以下の書類を提示（郵送の場合は写しを添付）してください。

- 身体障がい者・・・身体障害者手帳
- 知的障がい者・・・療育手帳
- 精神障がい者・・・精神障害者保健福祉手帳
- 発達障がい者等・・・医療機関、療育機関等からの証明書
- 高齢者・・・介護保険被保険者証
- 難病患者・・・特定疾患医療受給者証、特定医療費（指定難病）受給者証、小児慢性特定疾病医療費受給者証
- 妊産婦等・・・母子健康手帳
- けが人・・・医師の診断書、医師の意見書、医師の確認書

2 御本人以外の方が窓口申請される場合は、上記1の書類に加えて、代理の方の身分証明書（運転免許証、保険証等）をご持参ください。併せて、下記連絡先に記載が必要となります。

【連絡先】

代理人氏名	
代理人住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同住所 ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 〔 〕
代理人電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同電話番号 ※申請者と異なる場合は、以下に御記入ください。 〔 〕

※ 記載された個人情報は、鳥取県ハートフル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、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

様式第2号（第7条関係）



有効期限欄には、シール
（2種類）を貼付

（例）

有効期限の年月を表示

2026年 10月

交付番号

01-10

01… 窓口番号

10… 発行番号

【窓口番号コード表】

番号	所属名	番号	所属名	番号	所属名
01	福祉保健課	18	鳥取市（青谷町総合支所）	37	北栄町（北条支所）
—	—	20	岩美町	40	米子市（本庁：障がい者支援課）
03	中部総合事務所倉吉保健所	21	八頭町（郡家保健センター）	41	米子市（本庁：長寿社会課）
04	西部総合事務所県民福祉局	22	若桜町	42	米子市（ふれあいの里：健康対策課）
05	西部総合事務所日野振興センター日野振興局	23	智頭町	43	米子市（淀江支所）
—	—	—	—	44	境港市
10	鳥取市（本庁舎）	—	—	45	日吉津村
11	鳥取市（国府町総合支所）	30	倉吉市（第二庁舎）	46	大山町
12	鳥取市（福部村総合支所）	31	倉吉市（関金支所）	47	南部町
13	鳥取市（河原町総合支所）	32	三朝町	48	伯耆町
14	鳥取市（用瀬町総合支所）	33	湯梨浜町	49	日南町
15	鳥取市（佐治町総合支所）	34	琴浦町	50	日野町
16	鳥取市（気高町総合支所）	—	—	51	江府町
17	鳥取市（鹿野町総合支所）	36	北栄町（本庁）	—	—

鳥取県ハートフル駐車場利用証 再 交 付 申 請 書	
年 月 日	
住 所	
申請者	(ふりがな) 氏 名
電話番号	
区 分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 発達障がい者等 <input type="checkbox"/> 高 齢 者 <input type="checkbox"/> 難 病 患 者 <input type="checkbox"/> 妊 産 婦 等 <input type="checkbox"/> け が 人 <input type="checkbox"/> そ の 他
利用証	交付番号
	有効期限
年 月	
再交付申請の理由	

(注)「再交付申請の理由」欄には、紛失、汚損等の状況を記載すること。

代理人による再交付申請の場合は、下記連絡先に記載していただくとともに、代理人の身分証明書（運転免許証、保険証等）を御持参ください。

【連絡先】

代理人氏名	
代理人住所	
代理人電話番号	

※ 記載された個人情報は、鳥取県ハートフル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、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

担 当