

鳥取県ハートフル駐車場利用証 福祉サービス事業者交付申請書

年 月 日
事業所の所在地

事業所の名称

代表者名

申請担当者名

電話番号

事業所基本情報	事業の内容		
	※該当する項目へチェックしてください。 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 児童デイサービス <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練、生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型・B型 <input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 <input type="checkbox"/> 身体障害者通所授産施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者通所更生施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者通所授産施設 <input type="checkbox"/> 精神障害者通所授産施設 <input type="checkbox"/> そのほか（ ）		
	介護福祉サービス <input type="checkbox"/> 老人デイサービスセンター <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（通所系サービスを行っている場合に限る） <input type="checkbox"/> 介護予防通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防リハビリテーション <input type="checkbox"/> そのほか（ ）		
	地域活動支援サービス <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター		
	事業所番号		
	指定年月日	平成 年 月 日	
	有効期間	平成 年 月 日	
利用証交付関係	必要枚数 <small>(原則 5 枚上限)</small>	枚	※事業所所有の車で、 <u>通所サービス事業に利用する車のうち原則 5 台を上限とする。</u> ※大型車両は対象外とする。
	車両番号 <small>(原則 5 台上限)</small>	①	
		②	
		③	
		④	
		⑤	

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

【申請に際しての注意事項】

1 申請には、以下の書類が必要です。

ア 申請する車両の自動車検査証の写

イ 申請書記載の事業内容を行うことが証明できる書類の写し

【障害福祉サービス】

・ 障害者自立支援法に基づく指定証

・ 旧法指定施設の継続指定を行う旨の通知

・ 基準該当サービス事業所であることの市町村からの通知等

【介護福祉サービス】

・ 介護保険法に基づく指定証等

2 駐車スペースに収まらない大型車両（マイクロバスなど）については、利用証交付の対象外としています。

3 不適切な利用があった場合には、利用証を返却していただくことがあります。

4 利用証交付の対象となる方が同乗する場合のみお使いいただけます。

【利用証取得後の御協力依頼事項】

運転手のほかに介助者が同乗している場合などで、一般用駐車場の利用で支障が無い場合には、可能な限り出入り口付近で利用者を降ろし、一般用駐車場へ停めていただきますよう御協力ください。

【そのほか】

記載された情報は、鳥取県ハートフル駐車場利用証の貸出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。