

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

年 月 日

申請者	氏名	_____	
	住所	_____	
	生年月日	_____	
	電話番号	_____	
(代理人)	氏名	_____ (続柄 _____)	
	住所	_____	
	電話番号	_____	
障害等の状況	該当するものに「シ」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 身体障害 (<input type="checkbox"/> 視覚障害1～4級 ・聴覚又は平衡機能の障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害2又は3級 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害3又は5級 ・肢体不自由 <input type="checkbox"/> 上肢1又は2級 <input type="checkbox"/> 下肢1～6級 <input type="checkbox"/> 体幹1～3又は5級 <input type="checkbox"/> 脳病変, 上肢1又は2級 <input type="checkbox"/> 脳病変, 移動1～6級 ・内部障害 <input type="checkbox"/> 心臓, じん臓, 呼吸器, ぼうこう又は直腸, 小腸機能障害1, 3又は4級 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害1～4級 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害1～4級 <input type="checkbox"/> 知的障害(「A」及び「B」) <input type="checkbox"/> 精神障害(1級) <input type="checkbox"/> 高齢者(「要介護」1～5) <input type="checkbox"/> 難病 病名: _____ <input type="checkbox"/> 妊産婦 出産(予定)日: _____年 月 日 <input type="checkbox"/> その他(_____)		
備考		交付番号	

※以下の手帳等のうち該当するものの写しを添付して下さい。

- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・介護保険被保険者証
- ・指定難病特定医療費受給者証等
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証
- ・母子健康手帳

※なお、代理申請の場合には、代理人の本人確認ができるもの(運転免許証, 健康保険証又は学生証等)の写しも添付して下さい。