

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

平成 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「レ」を付けて下さい。 ☐ 身体障害 (☐ 視覚障害 1～4 級 ・ 聴覚又は平衡機能の障害 ☐ 聴覚障害 2 又は 3 級 ☐ 平衡機能障害 3 又は 5 級 ・ 肢体不自由 ☐ 上肢 1 又は 2 級 ☐ 下肢 1～6 級 ☐ 体幹 1～3 又は 5 級 ☐ 脳病変, 上肢 1 又は 2 級 ☐ 脳病変, 移動 1～6 級 ・ 内部障害 ☐ 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 ☐ ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害 1～4 級 ☐ 肝臓機能障害 1～4 級 ☐ 知的障害 (「A」及び「B」) ☐ 精神障害 (1 級) ☐ 高齢者 (「要介護」1～5) ☐ 難病 病名: _____ ☐ 妊産婦 出産 (予定) 日: 平成 年 月 日 ☐ その他 (_____)
備考	

※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 | ・ 療養手帳 |
| ・ 精神障害者保健福祉手帳 | ・ 介護保険被保険者証 |
| ・ 一般特定疾患医療費受給者証 | ・ 小児慢性特定疾患受診券 |
| ・ 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。