

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

令和 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: 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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。