

## 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	<p>該当するものに「レ」を付けて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>身体障害</b></p> <p><input type="checkbox"/> 視覚障害1～4級 • 聴覚又は平衡機能の障害 <input type="checkbox"/> 聽覚障害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"/> ヒト免疫不全ウィ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「◐」) <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( )</p>
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。