（様式第２号）

いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

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「レ」を付けて下さい。 □身体障害者　□知的障害者　□精神障害者 □要介護者　□難病患者　□妊産婦（□多胎） □けが人等　□その他
再交付申請の理由	①　該当する理由に「レ」を付けて下さい。 □紛失　□汚損　□その他 ②　①で選択したものについて状況を記載して下さい。 （状況）
備考	

以下の手帳等のうち該当するものを窓口で提示してください。（郵送申請の場合は写しを同封してください。）

・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（氏名、住所、生年月日及び分娩予定日がわかる部分）
・医師の診断書等（６ヶ月以内に発行されたもの）及び本人確認ができるもの（運転免許証，マイナンバーカード又は学生証等）

※再交付の理由が「汚損」の場合には，既存の利用証を添付して下さい。

※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，マイナンバーカード又は学生証等）も必要となります。