

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。 <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: 平成 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 |
| ・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。