

(様式第1号(第4条関係))

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「㊤」) <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 | ・療養手帳 | └ |
| | ・精神保健福祉手帳 | ・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。