

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

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」を付けてください。</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者</p> <p>（<input type="checkbox"/>視覚障害1～4級</p> <p>・聴覚又は平衡機能の障害</p> <p><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</p> <p>・肢体不自由</p> <p><input type="checkbox"/>上肢1又は2級 <input type="checkbox"/>下肢1～6級</p> <p><input type="checkbox"/>体幹1～3又は5級</p> <p><input type="checkbox"/>脳病変，上肢1又は2級</p> <p><input type="checkbox"/>脳病変，移動1～6級</p> <p>・内部障害</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓機能障害1～4級</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害者（「A」及び「㊤」）</p> <p><input type="checkbox"/>精神障害者（1級）</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者（「要介護」1～5）</p> <p><input type="checkbox"/>難病患者 病名：_____</p> <p><input type="checkbox"/>妊産婦 出産（予定）日：_____年 月 日</p> <p><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 |
| ・一般特定疾患医療受給者証 | ・小児慢性特定疾患受診券 |
| ・母子健康手帳 | |

※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）の写しも添付してください。