

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

| | | | | | |
|--------|--|---|------|-------------------|--|
| 申請者 | 氏名 | 印 | 生年月日 | 大正・昭和・平成 年 月 日 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| 代理人 | 氏名 | 印 | 続柄 | | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | | | |
| 障害等の状況 | <p>私は歩行困難で下記に該当するため申請します。 (該当するものに「レ」を付けて下さい。)</p> <p>身体障害</p> <ul style="list-style-type: none"> ・視覚，聴覚又は平衡機能の障害 <ul style="list-style-type: none"> 視覚障害 1～4級 聴覚障害 2又は3級 平衡機能障害 3又は5級 ・肢体不自由 <ul style="list-style-type: none"> 上肢 1又は2級 下肢 1～6級 体幹 1～3又は5級 移動 1～6級 ・内部障害 <ul style="list-style-type: none"> 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 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1～4級 肝臓機能障害 1～4級 知的障害(「A」及び「A」) 精神障害(1級) 高齢者(「要介護」1～5) 難病 病名：_____ 妊産婦 出産(予定)日：平成 年 月 日 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
- ・精神保健福祉手帳
- ・一般特定疾患医療費受給者証
- ・母子健康手帳
- ・療育手帳
- ・介護保険被保険者証
- ・小児慢性特定疾患受診券

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。