

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><input type="checkbox"/>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"> <input type="checkbox"/>視覚障害 1～4 級 <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 <ul style="list-style-type: none"> <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"/>移動 1～6 級 ・内部障害 <ul style="list-style-type: none"> <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「J」) <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: _____ 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。

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。