

いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

申請者	氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住所			
	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 <p><input type="checkbox"/>知的障害（「A」及び「A」）</p> <p><input type="checkbox"/>精神障害（1 級）</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者（「要介護」1～5）</p> <p><input type="checkbox"/>難病 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>			
再交付申請の理由	<p>① 該当する理由に「レ」を付けて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>汚損 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>② ①で選択したものについて状況を記載して下さい。 (状況)</p>			
備考				

※再交付の理由が「汚損」の場合には、既存の利用証を添付してください。