

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		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	該当するものに「レ」を付けて下さい。 ☐身体障害 ・視覚，聴覚又は平衡機能の障害 ☐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 ☐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 ☐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：_____ 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
- ・療育手帳
- ・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。