

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

平成 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」を付けて下さい。</p> <p>身体障害</p> <ul style="list-style-type: none"> 視覚障害 1 ~ 4 級 ・聴覚又は平衡機能の障害 <ul style="list-style-type: none"> 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 脳病変, 上肢 1 又は 2 級 脳病変, 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。

- | | |
|--|--|
| <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"> ・ 療養手帳 ・ 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。