

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

令和 年 月 日

申請者	氏名	_____		
	住所	小美玉市		
	生年月日	_____	年	_____
	電話番号	_____		
(代理人)	氏名	_____ (続柄 _____)		
	住所	_____		
	電話番号	_____		
障がい等の状況	<p>該当するものに「レ」を付けて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 視覚障がい1～4級</p> <p>・聴覚又は平衡機能の障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 聴覚障がい2又は3級      <input type="checkbox"/> 平衡機能障がい3又は5級</p> <p>・肢体不自由</p> <p><input type="checkbox"/> 上肢1又は2級      <input type="checkbox"/> 下肢1～6級</p> <p><input type="checkbox"/> 体幹1～3又は5級</p> <p><input type="checkbox"/> 脳病変，上肢1又は2級</p> <p><input type="checkbox"/> 脳病変，移動1～6級</p> <p>・内部障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓，じん臓，呼吸器，ぼうこう又は直腸，小腸機能障がい1，3又は4級</p> <p><input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障がい1～4級</p> <p><input type="checkbox"/> 肝臓機能障がい1～4級</p> <p><input type="checkbox"/> 知的障がい（「A」及び「Q」）</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障がい（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：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>			
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"> <li>・身体障がい者手帳</li> <li>・精神保健福祉手帳</li> <li>・指定難病特定医療費受給者証</li> <li>・母子健康手帳</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・療育手帳</li> <li>・介護保険被保険者証</li> <li>・小児慢性特定疾病医療受給者証</li> <li>・医師の診断書、意見書等（けが人等の場合）</li> </ul> |
|---|---|

※ 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。