

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 _____ 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><input type="checkbox"/>身体障害</p> <p><input type="checkbox"/>視覚障害 1～4級</p> <p>・聴覚又は平衡機能の障害</p> <p><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</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      <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>・内部障害</p> <p><input type="checkbox"/>心臓, じん臓, 呼吸器, ぼうこう又は直腸, 小腸機能障害 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害 1～4級</p> <p><input type="checkbox"/>肝臓機能障害 1～4級</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害 (「A」及び「Q」)</p> <p><input type="checkbox"/>精神障害 (1級)</p> <p><input type="checkbox"/>要介護者 (「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 (<input type="checkbox"/>多胎)</p> <p><input type="checkbox"/>けが人等      傷病名: _____</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( _____ )</p>
県外に住所を有する申請者の状況	<p>主な生活圏を置く県内の市町村 ( _____ )</p> <p>主な生活圏を上記の市町村に置く理由 ( _____ )</p>
備考	

以下の手帳等のうち該当するものを窓口で提示してください。(郵送申請の場合は写しを同封してください。)

- ・身体障害者手帳
- ・療育手帳
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・介護保険被保険者証
- ・指定難病特定医療費受給者証等
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証
- ・母子健康手帳 (氏名、住所、生年月日及び分娩予定日がわかる部分)
- ・医師の診断書等 (6ヶ月以内に発行されたもの) 及び本人確認ができるもの (運転免許証, マイナンバーカード又は学生証等)

※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, マイナンバーカード又は学生証等) も必要となります。

障No. \_\_\_\_\_ 号 台No. \_\_\_\_\_