

いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

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	該当するものに「レ」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 要介護者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 妊産婦 (<input type="checkbox"/> 多胎) <input type="checkbox"/> けが人等 <input type="checkbox"/> その他
再交付申請の理由	① 該当する理由に「レ」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 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)
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
- ・精神障害者保健福祉手帳
- ・指定難病特定医療費受給者証等
- ・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)
- ・療育手帳
- ・介護保険被保険者証
- ・小児慢性特定疾病医療受給者証

※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下さい。

※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. _____ ㊟