

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	該当するものに「レ」を付けて下さい。 ☐身体障害 ☐視覚障害 1～4 級 ・聴覚又は平衡機能の障害 ☐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 ☐脳病変, 上肢 1 又は 2 級 ☐脳病変, 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「㊤」) ☐精神障害 (1 級) ☐要介護者 (「要介護」 1～5) ☐難病 病名: _____ ☐妊産婦 出産 (予定) 日: 令和 年 月 日 (☐多胎) 母子手帳 No. _____ 交付日: 令和 年 月 日 有効期限: 令和 年 月 日 ☐けが人等 傷病名: _____ ☐その他 (_____)
県外に住所を有する申請者の状況	主な生活圏を置く県内の市町村 (_____) 主な生活圏を上記の市町村に置く理由 (_____)

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。