

様式第 3 号(第 5 条関係)

いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

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</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"/>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: _____ 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。

- |                |              |
|----------------|--------------|
| ・身体障害者手帳       | ・療養手帳        |
| ・精神保健福祉手帳      | ・介護保険被保険者証   |
| ・一般特定疾患医療費受給者証 | ・小児慢性特定疾患受診券 |
| ・母子健康手帳        |              |

※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。