

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 ・聴覚又は平衡機能の障害 <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 <input type="checkbox"/>上肢 1又は2級 <input type="checkbox"/>下肢 1~6級 <input type="checkbox"/>体幹 1~3又は5級 <input type="checkbox"/>脳病変, 上肢 1又は2級 <input type="checkbox"/>脳病変, 移動 1~6級</p> <p>・内部障害 <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 <input type="checkbox"/>ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能障害 1~4級 <input type="checkbox"/>肝臓機能障害 1~4級</p> <p><input type="checkbox"/>知的障害(「A」及び「Ⓐ」)</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"/>妊娠婦 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。