（様式第１号）

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 □ヒト免疫不全ウィ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「○Ａ」） □精神障害（１級） □高齢者（「要介護」１～５） □難病　病名： □妊産婦　出産（予定）日：令和　　年　　月　　日 □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 （　　）	
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）

※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。