（様式第１号(第４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） ※代理人の本人確認書類を提示ください。	氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　） 住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
障害等の状況 ※該当する項目の□にチェックを入れ、該当する等級等を○で囲んでください。	身体障害者手帳 ・□視覚障害　（　１級　２級　３級　４級　） ・□聴覚障害　（　２級　３級　） ・□平衡機能障害　（　３級　５級　） ・□上肢機能　（　１級　２級　） ・□下肢機能　（　１級　２級　３級　４級　５級　６級　） ・□体幹機能　（　１級　２級　３級　５級　） ・□脳病変による（上肢機能　１級　２級　） 　運動機能　（移動機能　１級　２級　３級　４級　５級　６級　） ・□心臓機能　（　１級　３級　４級　） ・□じん臓機能　（　１級　３級　４級　） ・□呼吸器機能　（　１級　３級　４級　） ・□ぼうこう又は直腸機能　（　１級　３級　４級　） ・□小腸機能障害　（　１級　３級　４級　） ・□ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能（　１級　２級　３級　４級　） ・□肝臓機能障害　（　１級　２級　３級　４級　） ・□知的障害　（　療育手帳　　Ａ　　Ⓐ　） ・□精神障害　（　精神保健福祉手帳　　１級　） ・□要介護者　（　要介護　１　２　３　４　５　） ・□難病患者　病名（疾病名）（　　） ・□妊産婦　　出産(予定)日：　　年　　月　　日 （□多胎） ・□けが人等　傷病名（　　）
村外に住所を有する申請者の状況	主な生活圏を置く市町村(　　) 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提示してください。

・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か月以内に発行されたもの)及び本人確認ができるもの
（マイナンバーカード、運転免許証又は学生証等）

事務処理欄	手帳等確認手段	身・療・精・介・母・難・小児慢・診断書等及び本人証明	
区　　分	□障害　□難病・小児慢性　□介護　□妊産婦　□けが人等		
交付番号		有効期間	年　月　日～　年　月　日