

(様式第 2 号 (第 7 条関係))

いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

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 _____)	
※代理人の本人確認書類を提示ください。	
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。 ☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者 ☐ 要介護者 ☐ 難病患者 ☐ 妊産婦 (☐ 多胎) ☐ けが人等 ☐ その他
再交付申請の理由	① 該当する理由に「レ」を付けて下さい。 ☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他 ② ①で選択したものについて状況を記載して下さい。 (状況) いつ _____ 年 月 日 ごろ どこで _____ どのように _____

※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ヶ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)

※再交付の理由が「破損・汚損」の場合には、既存の利用証を添付して下さい。

※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 (マイナンバーカード、運転免許証又は学生証等) の写しも添付して下さい。

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