いばらき身障者等用駐車場利用証の交付申請書

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　水戸市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　大正　昭和　平成　　年　月　日　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　（代理人）　氏　　名　　　　　　　　（続柄　　　　）　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 水戸市記入欄申請№　　　□代理人本人確認 |
| 障害等の状況 | 歩行が困難であり，かつ下記のいずれかに該当する。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「」）□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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手帳・受給者番号 |  |
| 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。 |