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。 | | |