

いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

平成 年 月 日

申請者	氏名 _____ 住所 茨城町 _____ 生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生 _____ 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「し」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> その他
再交付申請の理由	① 該当する理由に「し」を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 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)
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
- 一般特定疾患医療費受給者証
- 小児慢性特定疾患受診券
- 母子健康手帳

※再交付の理由が「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（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。