

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 _____) 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
- 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

※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。

障 No, _____ 号 台 No, _____ (再)