(様式第2号)

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  　　　　　　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「レ」を付けて下さい。  □身体障害者　　　□知的障害者　　　□精神障害者  □高齢者　　　　　□難病患者　　　　□妊産婦  □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　　　　　□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） |
| 備　考 | №　　　　　　　　　　（　　　級）　利用証№ |

※以下手帳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症

・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）の提示又は写しを添付して下さい。