いばらき身障者等用駐車場利用証の再交付申請書

（様式第２号）

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「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 |  |
| ※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。 | |