

年 月 日

神栖市長 様

いばらき身障者等用駐車場利用証再交付申請書

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
障がい等の状況	該当するものに「レ」を付けてください。 ☐身体障がい者 ☐知的障がい者 ☐精神障がい者 ☐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」を付けてください。 ☐紛失 ☐汚損 ☐破損 ☐その他 (2) (1)で選択したものについて状況を記載してください。
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ください。

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳 ・精神保健福祉手帳 ・一般特定疾患医療費受給者証 ・母子健康手帳 | <ul style="list-style-type: none"> ・療養手帳 ・介護保険被保険者証 ・小児慢性特定疾患受診券 |
|--|---|

※ 再交付の理由が汚損又は破損の場合には、既存の利用証を添付してください。

※ 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、学生証等）の写しを添付してください。