

平成 年 月 日

<p>申請者</p> <p>ふりがな</p> <p>氏名</p> <hr/> <p>住所</p> <p>ひたちなか市</p> <hr/> <p>生年月日</p> <hr/> <p>電話番号</p> <hr/> <p>(代理人)</p> <p>氏名</p> <p>(続柄)</p> <hr/> <p>住所</p> <hr/> <p>電話番号</p> <hr/>	
<p>障害等の状況</p>	<p>該当するものに「レ」を付け、該当等級に○をつけて下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害</p> <p> <input type="checkbox"/>視覚障害 1, 2, 3, 4 級 ・聴覚又は平衡機能の障害 <input type="checkbox"/>聴覚障害 2, 3 級 <input type="checkbox"/>平衡機能障害 3, 5 級 ・肢体不自由障害 <input type="checkbox"/>上肢機能障害 1, 2 級 <input type="checkbox"/>下肢機能障害 1, 2, 3, 4, 5, 6 級 <input type="checkbox"/>体幹機能障害 1, 2, 3, 5 級 <input type="checkbox"/>脳病変 上肢機能障害 1, 2 級 <input type="checkbox"/>脳病変 移動機能障害 1, 2, 3, 4, 5, 6 級 ・内部障害 <input type="checkbox"/>心臓, じん臓, 呼吸器, ぼうこう又は直腸, 小腸機能障害 1, 3, 4 級 <input type="checkbox"/>ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 1, 2, 3, 4 級 <input type="checkbox"/>肝臓機能障害 1, 2, 3, 4 級 </p> <p><input type="checkbox"/>知的障害 (「A」又は「OA」)</p> <p><input type="checkbox"/>精神障害 (1 級)</p> <p><input type="checkbox"/>高齢者 (「要介護」 1, 2, 3, 4, 5)</p> <p><input type="checkbox"/>難病患者 病名: _____</p> <p><input type="checkbox"/>妊産婦 出産 (予定) 日: 平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>その他 (_____)</p>
<p>備考</p>	

※障害者手帳を所持する場合は下記に手帳No.を記入
 茨, ひ, ()
 手帳No. _____

※等級と障害部位に○をつける
 (例: 心臓, じん臓…)

※ 郵送で申請を行う場合は、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

※ なお、代理申請を郵送で行う場合には、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。