

様式第4号

栃木県おもいやり駐車スペースつぎつぎ事業 利用証返却届

※太枠内の項目についてご記入ください。

届出日

年 月 日

交付窓口	名 称																																																																										
交付を受けた方	〒 一 住 所 (ふりがな)																																																																										
	氏 名																																																																										
	電話番号 ー ー																																																																										
届出人	〒 一 住 所 (ふりがな) 利用証交付者との続柄 氏 名 ()																																																																										
	電話番号 ー ー																																																																										
	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>視覚</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr><td>聴覚 平衡機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="3">肢体不自由</td> <td>上肢 <input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>下肢 <input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5級</td><td><input type="checkbox"/> 6級</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>体幹 <input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 5級</td></tr> <tr> <td colspan="2" rowspan="2">脳原性の 運動機能障害</td> <td>上肢機能 <input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td></td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td></tr> <tr> <td colspan="2">心臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td colspan="2">じん臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td colspan="2">呼吸器機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td colspan="2">ぼうこう又は直腸機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td colspan="2">小腸機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td><td><input type="checkbox"/> 4級</td></tr> <tr> <td colspan="2">免疫機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td></tr> <tr> <td colspan="2">肝臓機能障害</td><td><input type="checkbox"/> 1級</td><td><input type="checkbox"/> 2級</td><td><input type="checkbox"/> 3級</td></tr> </table>					視覚	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	聴覚 平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級			肢体不自由	上肢 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級			下肢 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級			体幹 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級	脳原性の 運動機能障害		上肢機能 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	心臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	じん臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	呼吸器機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	ぼうこう又は直腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	小腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	免疫機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	肝臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級
	視覚	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																						
聴覚 平衡機能障害	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級																																																																									
肢体不自由	上肢 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																									
	下肢 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級																																																																									
体幹 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 5級																																																																								
脳原性の 運動機能障害		上肢機能 <input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級																																																																								
		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級																																																																							
心臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
じん臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
呼吸器機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
ぼうこう又は直腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
小腸機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級																																																																							
免疫機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級																																																																							
肝臓機能障害		<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級																																																																							
<input type="checkbox"/> 知的障害者 障害の程度 A																																																																											
<input type="checkbox"/> 精神障害者 等級 1級																																																																											
<input type="checkbox"/> 要支援高齢者等 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5																																																																											
<input type="checkbox"/> 難病患者																																																																											
<input type="checkbox"/> 妊産婦																																																																											
<input type="checkbox"/> 傷病人																																																																											
返却した窓口 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 交付窓口と同じ <input type="checkbox"/> 他市町 () 市・町																																																																										
	<input type="checkbox"/> 栃木県 () 健康福祉センター <input type="checkbox"/> 電子申請																																																																										
	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																										
返却理由 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/> 基準に該当しなくなったため。 <input type="checkbox"/> 利用証交付者が死亡したため。																																																																										
	<input type="checkbox"/> 有効期間が満了したため。 <input type="checkbox"/> 県外に転居のため。																																																																										
	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																										