

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	〒 ー					
	住 所					
	(ふりがな)					
	氏 名					
	電話番号 ー ー					
届出人	〒 ー					
	住 所				利用証交付者との続柄 ()	
	(ふりがな)					
	氏 名					
電話番号 ー ー						
使用区分・ 障害の状況 (該当するものに チェック)	<input type="checkbox"/> 身体障害者					
	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
			移動機能	<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
	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	<input type="checkbox"/> 4 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"/> 4 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 ()					