

受付日（受付印）

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

大竹市長様

身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳の交付を受けるため、関係書類を添えて申請します。なお、身体障害者手帳交付決定のため、医療機関等関係機関に診断内容等の照会することを承諾します。

申請者※	フリガナ	1 男	
	氏名		2 女
	個人番号		
	生年月日		
居住地	〒	電話	()

この部分をのり付け
写真 (規格：縦4cm・横3cm の脱帽上半身) (写真の裏面に氏名及び撮影 年月日を記入すること)

15歳未満の児童	
フリガナ	1 男
氏名	
生年月日	年 月 日

身体障害者手帳決定通知の送付先 1. 申請者 2. 家族 3. その他 (2,3に○の場合は、右欄も記入してください。)	居住地	〒	電話	()
	氏名			

(備考)

※身体に障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請すること。
この場合には、保護者の氏名、性別及び生年月日を申請者欄に記入すること。