身体障害者手帳交付申請書

**自由記載１**

写 真

縦4㎝×横3㎝

脱帽・上半身

一年以内に

撮影したもの

**貼付しないで提出してください**

**自由記載２**

様式第２

年　　月　　日

（申請者）

住所　〒

氏名

本人との続柄　　　　　　　電話番号

**固定文言１**

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

**固定文言２**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者本  人 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　 □申請者に同じ | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 希望する手帳の様式 | | * 紙様式　　　□ カード様式　　　（いずれかにチェック(✓)をいれてください） | | | | | | | | | | | | | |
| （備考）  身体障害のある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になっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　 □申請者に同じ | | | | | | | 本人との  続　　柄 | | |  | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

**固定文言３**

私は、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たいので、関係書類を添えて申請します。

**自由記載３**