

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

呉市長様

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。

申請者 (氏名) 続柄)

連絡先 (電話番号))

(注)対象者が15歳未満の児童の場合は、申請者は保護者になります。

〈対象者〉

フリガナ	

氏名	1 男 2 女
生年月日	1 大正 2 昭和 3 平成 4 令和
年 月 日 生	
個人番号	
居住地 呉市	
<input type="checkbox"/> 申請者電話番号に同じ 電話番号 — —	

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)

〈保護者（15歳未満の児童の場合）〉

フリガナ	

氏名	1 男 2 女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 生
対象者との続柄 ()	

受取通知 の送付先	1 自宅 2 自宅以外 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> $\left[\begin{array}{c} \text{〒 } - \\ \text{ (続柄)} \\ \text{ 電話 } - - \end{array} \right]$ </div>		受付日 (受付印)
	1 障害福祉課	2 ()	