

支所受付日(受付印)	本庁受付日(受付印)

## 身体障害者手帳交付申請書

年      月      日											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">フリガナ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">氏 名</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">生年月日                      年      月      日生</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">個人番号</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">           居住地      電話番号      —      —             廿日市市         </td> </tr> </table>	フリガナ	氏 名	生年月日                      年      月      日生	個人番号	居住地      電話番号      —      —  廿日市市	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">この部分をのり付けする</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">           写 真            縦4cm×横3cm             (写真の裏面に氏名及び撮影年月日を記入すること)         </div>					
フリガナ											
氏 名											
生年月日                      年      月      日生											
個人番号											
居住地      電話番号      —      —  廿日市市											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">15歳未満の児童</td> </tr> <tr> <td style="width: 100%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">フリガナ</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">氏 名</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">生年月日                      年      月      日生</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">個人番号</td> </tr> </table>	15歳未満の児童		フリガナ	氏 名	生年月日                      年      月      日生	個人番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">市町村(※)</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">町・大字(※)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">         </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">         </td> </tr> </table>	市町村(※)	町・大字(※)		
15歳未満の児童											
フリガナ											
氏 名											
生年月日                      年      月      日生											
個人番号											
市町村(※)	町・大字(※)										
<p>廿日市市長 様</p> <p>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、必要な場合は、医療機関等に診断内容等についての個人情報を照会することに同意します。</p>											

(備考)

- 1 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することになっています。この場合は、氏名、性別及び生年月日を「15歳未満の児童」欄に記入すること。
- 2 ※印欄は、交付決定機関において記入すること。
- 3 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。