

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

申請者 (本人)	ふりがな 氏 名		生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日生
	居 住 地	〒 (電話 - -)		
	個人番号			
保護者 <small>(本人が15歳未満の児童の場合、要記入)</small>	ふりがな 氏名(続柄)	()	生年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日生
	居 住 地	□申請者と同じ (電話 - -)		

※ 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。

山口県知事 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たいので、関係書類を添えて申請します。

【添付書類】

- 1 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書・意見書
- 2 写真(縦4cm×横3cm、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの)

申請書の 提出者	ふりがな 氏 名		続 柄	
	住 所	□申請者と同じ □保護者と同じ (電話 - -)		

※処理欄(記入しないでください。)

<市町処理欄>

障 害 区 分	備 考	市 町 受 付
視 聴 平 音 言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝	<input type="checkbox"/> 圖同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 (返却不要・返却先()) <input type="checkbox"/> 受付 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所 <input type="checkbox"/> 受取り 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所	(市・町受付)

<県処理欄>

(写 真)		決 定 等 級	級 種 ()	県 受 付
(保存用)	(手帳用)	(備考)		
				交 付 日
		交 付 番 号		