

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 (本人が15歳未満の児童の場合、要記入)	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		

※ 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)

注 【本人】欄の個人番号に、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。

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"/> 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		