

町受付日（受付印）

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

フリガナ	性別
氏 名	1 男 2 女
生年月日	2 大正 3 昭和 年 月 日生 4 平成 5 令和
個人番号	
居住地	電話 () -

この部分をのり付けする
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)

15歳未満の児童

フリガナ	性別
氏 名	1 男 2 女
生年月日	4 平成 年 月 日生 5 令和
個人番号	

世羅町福祉事務所長 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。

(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申請することになっています。
この場合には、氏名、性別及び生年月日及び個人番号を「15歳未満の児童」欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

同 意 書

身体障害者手帳を交付するために必要な場合は、次の事項に関して私の個人情報を取扱うことに同意します。

- 医療機関等関係機関に対する診断内容等の照会

(署名)