

身体障害者手帳交付申請書

写 真
縦4 cm×横3 cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

(※) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏 名										
	居 住 地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ						電話番号			
	個 人 番 号										
希 望 す る 手 帳 の 様 式	<input type="checkbox"/> 紙様式 <input type="checkbox"/> カード様式 (いずれかにチェック(✓)をいれてください)										

(備考)

身体障害のある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。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保護者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏 名										
	居 住 地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ						本人との続柄			
								電話番号			

茨城県知事 殿

私は、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。