

身体障害者(児)手帳交付申請書

別表第2号(第2条関係)

第	号	令和	年	月	日
本籍地 (都道府県名 のみ記入)	_____				
郵便番号	〒	—	_____		
居住地	高砂市 _____				
	電話	()	—	
職業	_____				
教育※	_____				
児童との続柄	_____				
ふりがな	_____				
氏名	_____			性別	男・女
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日生	
個人番号	_____				
15歳未満の児童					
教育※	_____				
ふりがな	_____				
氏名	_____			性別	男・女
生年月日	平成・令和	年	月	日生	
個人番号	_____				
兵庫県知事様					
身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく 関係書類を添え申請いたします。					

- (添付書類) 1. 本人の上半身写真(縦4cm×横3cm)1枚を添付してください。(ポラロイドは不可)
2. 指定医による所定の診断書

- (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る。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を に記入することとし、保護者の個人場合は記入する必要がないこと。
2. ※印は、18歳未満の児童についてのみ記入すること。