

身体障害者手帳交付申請書

令和△年△月△日

写 真
4cm×3cm
脱帽・上半身
原則として1年以
内に撮影したもの。
のり付けはしない
でください。

門真市長 宮本 一孝 様

(申請者)

住 所 門真市中町1番1号

氏 名 門真 花子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

手帳の対象となる方との続柄 長女

郵送される場合は
写真を裏向けにセ
ロハンテープで貼
ってください。

身体障害者福祉法第15条第1項又は身体障害者福祉法施行令第10条第1項の規定により身体障害者手帳の交付について、次のとおり申請します。

(1) (申請事由)・・・該当するものに○をしてください。

(1) 新規交付

(2) 再交付

1. 等級変更 2. 障害名追加 3. 障害名変更 4. 破損 5. 紛失

6. 写真貼替 7. 再認定

※高速道路割引利用
□あり □なし

(2) (手帳の対象となる方の住所・氏名等)

住 所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ															
フリガナ	カドマ タロウ				個人 番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
氏 名	門真 太郎															
生年月日	T	S	H	R	40	年	1	月	1	日	電話 番号	△△△-△△△△-△△△△				

(3)通知先を手帳の対象となる方の住所以外に指定される場合は、以下の欄も記入してください。

住 所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ									
フリガナ					続柄		電話 番号			
氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ									

既交付（現）手帳の番号等（再交付の申請のときは記入してください。）

第	号	(障害名及び等級)
初回交付年月日	年 月 日	
総合等級 () 級 第 (1・2) 種		

市使用欄（受付担当者は必ず記載）

受 付 印

本人確認・ 代理人身分証明	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> マイナンバー未取得等で補記了承済 <input type="checkbox"/> 代理人身分確認済
同意書兼委任状	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 受取時
診断書料	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 対象外
写真	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 受取時
医療費等	<input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 生保