

身體障礙者手帳交付申請書

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 000-0000-0000

手帳の対象となる方との続柄 長女

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)

(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	
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 続柄 電話番号

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