

# 身体障害者手帳交付申請書

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 様

令和 年 月 日

住 所 〒

フリガナ

氏 名

電話番号

手帳対象者との続柄 本人 子 その他 ( )

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.写真張替 7.再認定

(2)(手帳の対象となる方の住所・氏名等)

※高速道路割引利用  
□あり □なし

住 所	〒	□申請者と同じ								
フリガナ			個人番号							
氏 名	□申請者と同じ									
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 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。

□通知先を手帳の対象となる方の住所以外に指定します。							
住 所	〒	□申請者と同じ					
フリガナ				続柄		電話番号	
氏 名	□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)

本人確認・ 代理人身分証明	□マイナンバーカード □その他( ) □マイナンバー未取得等で補記了承済 □代理人身分確認済	受付印
同意書兼委任状	□済 □受取時	
診断書料	□申請済 □後日申請 □対象外	
写真	□済 □受取時	
医療費等	□更生 □障害 □生保 □18歳未満の児童の保護者(児童扶養手当)	
その他		