

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																					
氏名	□申請者と同じ										個人番号										
生年月日	大正 平成	昭和 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														
氏名	□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）

本人確認・	□マイナンバーカード □その他 ()	受付印
代理人身分証明	□マイナンバー未取得等で補記了承済 □代理人身分確認済	
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		