

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

氏 名

電話番号

手帳の対象となる方との続柄

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。

居住地特例とは

・ 障がい者のグループホームと施設

・ 令和5年4月1日より介護保険施設

(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	〒 □申請者と同じ								
フリガナ			個人 番号						
氏 名									
生年月日	T S H R	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。

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 ()
同意書兼委任状	□マイナンバー未取得等で補記了承済 □代理人身分確認済
診断書料	□済 □受取時
写真	□済 □受取時
医療費等	□更生 □障害 □生保

受 付 印