

身体障害者手帳交付申請書

※ 福祉事務所等記載欄

年 月 日

高 知 市 長 様

申請理由	※
発行者	手帳番号
※	※
福祉コード	ケース番号
※	※

申請者氏名 _____

身体障害者手帳の交付を下記のとおり申請します。

1 申請理由（該当するものを○で囲んでください）

- | | |
|-------------|-------|
| 1. 新規交付 | 4. 紛失 |
| 2. 障害程度の変更 | 5. 破損 |
| 3. 新しい障害の追加 | |

2 本人氏名・居住地等

フリガナ		明治		
氏名		大正	年	月生
個人番号		昭和	月	
		平成	日	
		令和		
本人が15歳未満の児童の場合の保護者氏名・続柄		保護者氏名		続柄
本籍地	都道府県	電話番号		
居住地				
施設入所等の状況				

3 手帳交付番号欄（申請理由が2.3.4.5.の場合に記入してください）

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
都道府県・市号 第 号	年 月 日	種	級	

4 旧居住地・旧氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合に記入してください）

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		年 月 日

※は記入しないでください。