

身体障害者手帳申請時確認票

◎ 身体障害者手帳交付申請について

申請時には、次の書類等が必要です。

- ① 「診断書」 所定の様式で、指定医師の作成したもの（有効期限：6か月）
- ② 「証明写真」 横3cm×縦4cmの物を2枚、裏に名前を記入（撮影後1年以内）  
※正面を向いて頭から顔まで全部が写ったもの ※帽子・サングラス・マスク等を外したもの
- ③ 「身分証明書」 運転免許証・身体障害者手帳等写真付きのものは1点、その他の身分証明書は2点
- ④ 「この用紙」 下記の項目について記入してください

※申請時にマイナンバーが必要となりますので、個人番号が分かるもの（通知カード・個人番号カード等）をお持ちいただくようお願いします。

手帳を取得する方（本人）	フリガナ			生年月日	大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日
	氏名					
	住民票登録地	高知市				
	居住地（実際に住んでいる所）	同上				
	連絡先電話番号					
申請理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 等級変更（更新） <input type="checkbox"/> 障害追加 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他（      ）					

保護者	氏名		本人との関係	
	住所	〒		連絡先電話番号

※15歳未満の児童の申請時のみ保護者を記入してください。

来庁者	氏名		本人との関係	
	住所	〒		連絡先電話番号

※本人・保護者以外で窓口に来た方は記入してください。

●手帳発行の通知先

- 手帳を取得する方（本人）       保護者       来庁者
- その他 → 氏 名 : \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_
- 住 所 : 〒 \_\_\_\_\_ (      )
- 電話番号 : \_\_\_\_\_

生活場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中（病院名： _____ ・ 月 日頃退院予定・未定）
	<input type="checkbox"/> 入所中（施設名： _____ ） <input type="checkbox"/> その他

※手帳受取時に有料道路通行割引申請を希望される方は市役所のみでの受付になりますのでご注意ください。

手帳受取場所	<input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 旭 <input type="checkbox"/> 東部 <input type="checkbox"/> 南部 <input type="checkbox"/> 春野	有料道路通行割引の利用	有 ・ 無
--------	---	-------------	-------

※再交付の方のみ

※以下は記入不要です。

<input type="checkbox"/> 個人番号確認済み <input type="checkbox"/> 本人確認済み	受付担当者	受付日付欄
<input type="checkbox"/> 本人確認書類不備（手帳受取時・後日郵送）		
<input type="checkbox"/> 写真（ 1 ・ 2 ）枚は手帳受取時		
<input type="checkbox"/> 有料道路転記あり <input type="checkbox"/> 有料道路案内添付必要 <input type="checkbox"/> その他（      ）		

