

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

写 真

縦4cm×横3cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体 障害 者 本 人	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	居 住 地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ										電話番号			
	個 人 番 号														

(備考)

身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保 護 者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	居 住 地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ	本人との続柄												
			電話番号												

高知市福祉事務所長 様

私は、身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。