身体障害者手帳交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　日　本籍地　居住地 〒職業教育※　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日 　（　　　　　年　　　月　　　日生）個人番号

|  |
| --- |
| 15歳未満の児童教育※　　　生年月日　（　　　　　年　　　月　　　日生）個人番号 |

兵庫県知事　　様　身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく、関係書類を添えて申請します。 |

（備考）指定医師確認（　　　）

1. 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る。この場合には児童の氏名及び生年月日及び個人番号を

　　　　　欄に記入することとし、保護者の個人番号

提出場所：　本庁　　　　　　　支所

受取場所：　本庁　　　　　　　支所

電話番号：

　　は記入する必要がないこと。

1. ※欄は18歳未満の児童についてのみ記入すること
2. 氏名については、記名押印又は自筆による署名の

いずれかとすること。