

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

つくば市長 様

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 (印) 電話・FAX

下記のとおり申請します。

(1) 手帳の交付を受けたい者の欄

フリガナ			
氏 名	(住民票のとおり記入してください。)		
居 住 地	本 籍 地	都道府県	
生年月日	性 別	男 ・ 女	
	年 月 日	職 業	

(2) 保護者の欄(手帳の交付を受けたい者が15歳未満の場合)

フリガナ		
氏 名		
居 住 地 (同居は記入不要)	続 柄	

(注)1 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してください。

2 住所・氏名は、かい書ではっきり書いてください。

3 交付を受けたい者が15歳未満の場合は、保護者等が代わって申請することになっています。その場合には、(2)保護者の欄も記入してください。ただし、児童福祉法第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請してください。

※ 下記欄は、記入しないでください。

交付年月日		種		級		受付年月日
原 因 名						
障 害 名						