

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

取手市長 殿

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 印 電話番号

下記のとおり申請します。

第1欄 手帳交付を受けたい者の住所・氏名等をかき書ではっきり書いてください。

0	1																													
フリガナ														個人番号																
氏名														性別	1男 2女	生年 月日	年 月 日													
居住地														市 町 (番地) 郡 村																

第2欄 保護者続柄・氏名等をかき書ではっきり書いてください。(身体に障害のある15歳未満の児童の場合)

フリガナ														同居	1同居	続柄	A父 B母 C祖父 D祖母 E兄										
氏名														別居	2別居		F姉 Gおじ Hおば I親族 J施設長等 Kその他										
居住地 ※同居は記入不要														市 町 (番地) 郡 村													

注意 身体に障害のある15歳未満の児童についての手帳の交付は、保護者等が代わって申請することになっています。この場合には、第2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。

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。

実施機関 コード	更生指導台帳番号														種別	等級	統計用原因 コード	コメン ト	理由 C D	認定 区分

原因名・障害名								視力		聴覚	
1	2	3	4	5	6	7	8	右	左	右	左
再認定年月								市受付年月日			
1	2	3	4								
再認定年月											
5	6	7	8								