

# 身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

写真 (横3cm× 縦4cm)
-----------------------

## 申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
居住地	〒		
個人番号			
本人(15歳未満の児童)との続柄		電話番号	

## 15歳未満の児童

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		
個人番号			

希望する手帳の様式	<input type="checkbox"/> 紙様式	<input type="checkbox"/> カード様式	(いずれかにチェック(✓)をいれてください)
-----------	------------------------------	--------------------------------	------------------------

大 分 市 長 殿

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。

(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。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。

《申請に必要なもの》

- ①写真(横3cm×縦4cm)
- ②診断書(指定医が作成したものにかぎります)
- ③免許証等の来所者の身元確認ができるもの
- ④本人のマイナンバーの分かるもの

交付場所(ご希望の場所に○をしてください)		
本庁	東部保健福祉センター	西部保健福祉センター
明野	大南	大在 坂ノ市 佐賀関 野津原
一尺屋連絡所	本神崎連絡所	