

身体障害者(児)手帳交付申請書

年 月 日

居 住 地 大分市

(フリガナ)
氏 名

生 年 月 日 年 月 日生

電 話

個人番号

(フリガナ)
15歳未満の児童氏名

年 月 日生

個人番号

大分市長 殿

私身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳交付願いたく
関係書類を添えて申請致します。

紙型	カード型	交付場所
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

《申請に必要なもの》

1. 診断書(指定医が作成したものにかぎります)
2. 写 真(横3センチメートル×縦4センチメートル)を1枚添付してください。ポラロイドは不可。

(注)～15歳未満の児童については、保護者が申請してください。

その場合は、保護者の個人番号について記入する必要はありません。