

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

居住地

氏名

(電話 - -)

大正 昭和 平成 令和 年 月 日生

続柄

個人番号

(本人が15歳未満の児童の場合不要)

15歳未満の児童

氏名

平成 令和 年 月 日生

個人番号

山口県知事 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。

【添付書類】

- 1 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書・意見書
- 2 写真(縦4cm×横3cm、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの)

※処理欄(記入しないでください。)

<市町処理欄>

| 障 害 区 分 | 備 考 | 市 町 受 付 |
|---|---|----------|
| 視 聴 平 音言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝 | <input type="checkbox"/> 圖同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 (年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 <input type="checkbox"/> 受付 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所 <input type="checkbox"/> 受取り 総合支所 ・ 出張所 ・ 支所 | (市・町受付) |

<県処理欄>

(写 真)

| | |
|-------|-------|
| (保存用) | (手帳用) |
|-------|-------|

| 決定 等級 | 級 種 () | 県 受 付 |
|----------|---------|-------|
| (備考) | | |
| | | 交 付 日 |
| 交付 番号 | | |