

身体障害者手帳交付申請書

平成 年 月 日

本籍地 都・道・府・県 (都道府県名のみ)

居住地

職 業 続柄 (本人が15歳未満の児童の場合のみ)

氏 名 ふり がな 印 (電話 ー ー)

明治 大正 昭和 平成 年 月 日生

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 ふり がな 平成 年 月 日生

個人番号

山口県知事 殿

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。

※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 (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 (平成 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 (平成 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 (返却不要・返却先 ()) <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	

<県処理欄>

(写 真)		決 定 等 級	級 種 ()	県 受 付	
(保存用)	(手帳用)			交 付 日	
		(備考)			
		交付 番号			