

新

受付番号 _____

身体障害者手帳交付申請書

申請日	令和 年 月 日	太線の中のみ記入してください。
フリガナ		
氏名	(印)	
個人番号		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別
		男・女
居住地	(郵便番号 _____)	
	※住所コード _____	

(※は記入不要)

15歳未満の場合 ※身体に障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっています。	児童との続柄	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	フリガナ		
	児童の名氏		
	個人番号		
	生年月日	平成 年 月 日生	性別
	令和	男・女	

京都府知事様

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を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

- (添付書類)
- 身体障害者診断書・意見書(指定医師が診断されたものに限ります。)
 - 写真 1枚(たて4cm、よこ3cm)
- * 本人単独、上三分身(胸から上)、無帽で写っているもの。
おおむね1年以内に撮影されたもの。

* 15歳未満の児童について、申請者である保護者の個人番号を記入していただく必要はありません。

- 押印については、自筆による署名の場合は省略できます。
- 氏名は、楷書でわかりやすく記入してください。
特に旧漢字・異体字・変体かなを使用されている方は、わかりやすく大きく記入していただくか、市町村の窓口にお申し出ください。

市町村		保健所		京都府	
-----	--	-----	--	-----	--

※手帳番号
