

身体障害者手帳交付申請書

写真  
縦 4cm×横 3cm

申 請 年 月 日                      年                      月                      日

申請者（15 歳未満の児童の申請は、保護者の氏名等）

|                                  |   |  |  |  |      |      |             |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|---|--|--|--|------|------|-------------|--|--|--|--|--|
| フリガナ                             |   |  |  |  |      | 生年月日 | 年    月    日 |  |  |  |  |  |
| 氏    名                           |   |  |  |  |      |      |             |  |  |  |  |  |
| (通称   有・無)                       |   |  |  |  |      |      |             |  |  |  |  |  |
| 居   住   地                        | 〒 |  |  |  |      |      |             |  |  |  |  |  |
| ※ 個 人 番 号                        |   |  |  |  |      |      |             |  |  |  |  |  |
| 本人(15 歳未満<br>の 児 童) と の<br>続   柄 |   |  |  |  | 電話番号 |      |             |  |  |  |  |  |

※15歳未満の児童の保護者が申請する場合、保護者の個人番号の記載は不要です。

15 歳未満の児童（15 歳未満の児童の場合記入）

|            |                                            |  |  |  |  |      |             |  |  |  |  |  |
|------------|--------------------------------------------|--|--|--|--|------|-------------|--|--|--|--|--|
| フリガナ       |                                            |  |  |  |  | 生年月日 | 年    月    日 |  |  |  |  |  |
| 氏    名     |                                            |  |  |  |  |      |             |  |  |  |  |  |
| (通称   有・無) |                                            |  |  |  |  |      |             |  |  |  |  |  |
| 居   住   地  | 〒 <span style="float:right">□申請者に同じ</span> |  |  |  |  |      |             |  |  |  |  |  |
| 個 人 番 号    |                                            |  |  |  |  |      |             |  |  |  |  |  |

群馬県知事    あて

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。

|             |             |
|-------------|-------------|
| 群馬県受付日      | 市町村受付日      |
| <div></div> | <div></div> |