

### 身体障害者手帳交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(申請者)

住所 〒 920-8577 金沢市広坂1-1-1

氏名 金沢 一郎

電話番号 ○○○ - ○○○ - ○○○○

(\*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	フリガナ	カナザワ イチロウ						生年月日		大・昭・平・令 ○年 ○月 ○日		
	氏名	金沢 一郎										
	住所	〒 920-8577						<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ				
	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		金沢市広坂1-1-1										

(備考)

身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保護者	フリガナ							生年月日		大・昭・平・令 年 月 日		
	氏名											
	住所	〒	15歳未満の方が身体障害者手帳本人の場合、 <b>保護者の情報</b> をこの欄に記入してください。									

金 沢 市 長 殿

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。

〔必要な書類〕

1. 申請書
2. 診断書(所定様式のもの)
3. 写真(たて4cm、よこ3cm)

交付場所	本庁 (福祉と健康の 総合窓口)	泉野福祉 健康センター (3階)	元町福祉 健康センター	駅西福祉 健康センター (2階)
	※等級により自宅に郵送されることがありますのでご了承下さい。			

確認欄	番号確認	番号カード・通知カード・住民票・端末・その他( )	代理権確認	法定・委任状・本人発行
確認欄	本人確認	番号カード・運転免許証	障害者手帳・旅券・保険証(国保・後期高齢・介護)・学生証・その他( )	

○記入しないでください。身体障害者手帳番号 交 付 年 月 日

第	号				
---	---	--	--	--	--