別紙様式第２号（第２条関係）

身体障害者手帳交付申請書

令和　　年　　月　　日

（申請者）
住所 〒
氏名
電話番号　　―　　―

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（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		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　　□申請者に同じ		
	個人番号			

（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	〒　　□申請者に同じ		

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	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
	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（　　）		

〇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	