別表第二号（第二条関係）

身体障害者手帳交付申請書

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | 住　所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 電話番号 | | | －　　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 生年月日 | | | 明・大・昭・平・令　　　年　 　月　 　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 身体に障害がある者との続柄  （15歳未満の児童の場合に限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15歳未満の児童 | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 生年月日 | 平・令　　　　年　　　月　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**（宛先）金　沢　市　長**

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。

備考　身体に障害のある者が15歳未満の児童の場合は、保護者が代わって申請することになっています。この場合においては、「15歳未満の児童」欄に当該児童の氏名、生年月日、個人番号及び住所を記入することとし、「申請者」欄の個人番号は記入する必要はありません。

〔必要な書類〕

　　　本庁　　　　　　　　　泉野福祉　　　　　　　元町福祉　　　　　　駅西福祉

１．申請書

（福祉と健康の　　　　　健康センター　　　　　健康センター　　　　健康センター

２．診断書（所定様式のもの）

　総合窓口　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２階）

３．写真（たて４ｃｍ、よこ３ｃｍ）

　※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。

交

付

場

所



第

号

身

体

障

害

者

手

帳

番

号

交

付

年

月

日

○記入しないでください。