

身体障害者手帳交付申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者

住所 金沢市広坂○丁目○番○号

フリ ガナ
氏 名

カナザワ タロウ
金 沢 太 郎

障害のある人が15歳未満の場合は保護者が申請者となります。

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	フリ ガナ 氏 名	
	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。

↓ 希望の手帳交付窓口に○をつけてください。

[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()		

○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