

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

写 真

縦4cm×横3cm

- ・脱帽、上半身、1年以内に撮影したもの
- ・裏面に住所・氏名を記載
- ・裏面を表にして、テープで仮止めする

(※) 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											生年月日	年	月	日	
	氏名															
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ										電話番号				
	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	年	月	日
	氏名														
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ										本人との続柄			
												電話番号			

(宛先) 前橋市長

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。

※前橋市記入欄 (種 級)			
障害原因1	障害原因2	障害名	備考