

写 真

縦4 cm×横3 cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

(提出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

申請者 ※本人又は本人が15歳に満たないときはその保護者

フリガナ							生年月日		年 月 日			
氏 名												
居 住 地	〒 □提出者に同じ											
個人番号												
本人(15歳未満の児童)との続柄							電話番号					

15歳未満の児童

フリガナ							生年月日		年 月 日			
氏 名												
居 住 地	〒 □提出者に同じ											
個人番号												

長崎市長 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。

(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。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。