

第3号様式（第3条関係）

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 〒 850-8685
長崎市魚の町4番1号
氏名 長崎 太郎
本人との続柄 本人 電話番号 090-1234-5678

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	ナガサキ タロウ						生年月日		昭和37年1月1日				
氏 名	長崎 太郎												
居 住 地	〒 提出者と同じ場合は記入不要です											☐ 提出者と同じ	
個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
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	〒											☐ 提出者と同じ	
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。