

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

〒444-01ふりがな ぬかたぐんこうたちょうおおあざ居 住 地 額田郡幸田町大字 字

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

個人番号 _____

電話番号 () _____

15歳未満の児童との続き柄 _____

15歳未満の児童

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生

個人番号 _____

愛 知 県 知 事 殿

身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付してくださるよう関係書類を添えて申請します。

(備考)

身体に障害のある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。この場合は、児童との続き柄並びに児童の氏名、生年月日及び個人番号を記載することとし、保護者の個人番号を記載しないでください。