

身体障害者手帳交付申請書兼変更届

銚田市長 様

年 月 日

申請者居住地 市 町 番地
 郡 村

氏 名 印 電話番号

下記のとおり申請します。また、銚田市長が当該申請に係る審査をするうえで、提出した診断書に疑義が生じた場合、診断書作成医師へ照会し、追加記載等を依頼することについて、同意します。

申請者署名 印

第1欄 下記の申請又は届出の項目の中で、該当するものにレを付けてください。

<input type="checkbox"/> 新規申請					
<input type="checkbox"/> 再交付申請	<input type="checkbox"/> 程度変更	<input type="checkbox"/> 障害追加	<input type="checkbox"/> 亡失	<input type="checkbox"/> 棄損	<input type="checkbox"/> 有期再認定
<input type="checkbox"/> 変更	本人の場合	<input type="checkbox"/> 居住地		<input type="checkbox"/> 氏名	
	保護者の場合 (手帳所持者が15歳未満の場合)	<input type="checkbox"/> 居住地		<input type="checkbox"/> 氏名	

第2欄 手帳交付又は変更を受けたい者の住所・氏名等を楷書ではっきり書いてください。

フリガナ																	性別	男 女	生 年 月 日	明治	大正						
氏 名																				昭和	平成						
個人番号																					年			月			日
居 住 地	市			町 (大字)		(番地)							市		郡			村									

※以下は新規申請以外の場合、必ず記入してください。

身体障害者手帳	手帳番号	都 道 第													号	種	別	等	級
	障害名																		
	変更の場合	旧氏名	本 人																
			保 護 者																
		旧住所	本 人																
			保 護 者																

第3欄 手帳交付又は変更を受けたい者が15歳未満の場合、保護者続柄・氏名等を楷書ではっきり書いてください。

フリガナ																同居別居の別	同居別居	続柄	A父 B母 C祖父 D祖母	
氏 名																				E兄 F姉 Gおじ Hおば
居 住 地	市			町 (大字)		(番地)							市		郡			村		
※同居は記入不要																				

注意 1 身体に障害のある15歳未満の児童についての手帳の交付は、保護者等が代わって申請することになっています。この場合には、第3欄も記入してください。ただし、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請してください。
 2 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

支所受付年月日	市受付年月日	のりづけ
		写 真 再交付の場合のみ (4cm×3cm) 脱帽のこと 写真の裏面に氏名、 生年月日を記入する こと。 写真の糊付けは斜線 部分のみとする。