

様式第1号(第2条関係)

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

常陸太田市福祉事務所長 殿

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏 名

下記のとおり申請します。

第1欄 手帳交付を受けたい者の住所・氏名等を楷書ではっきり書いて下さい。

フリガナ			性	1男	生年	1大正 4令和
氏名			別	2女	月日	2昭和 3平成
居住地			市 町(大字) 郡 村			(番地)
個人番号	0 8					

第2欄 保護者続柄・氏名等を楷書ではっきり書いて下さい。

(身体に障害のある15歳未満の児童の場合)

フリガナ			同居別居	1同居	続	A父 B母 C祖父 D祖母 E兄
氏名			2別居	続	柄	F姉 Gおじ Hおば I親族 J施設長等 Kその他
居住地			市 町(大字) 郡 村			(番地)
※同居は記入不要	0 8					

注意 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2欄も記入して下さい。

ただし、児童福祉法(昭和22年法律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下さい。

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下さい。

実施機関コード	更生指導台帳番号

市町村受付年月日

--