

写真の大きさ 縦4cm×横3cm (上半身・無帽) ここに貼付しない こと。	県收受印	福祉事務所收受印	町村收受印	受理番号
				更生医療
				手術年月日 年 月 日

別表第2号 (第4条関係)

身体障害者手帳交付申請書

		年 月 日	
本籍地			
居住地			
職業			
教育※ ふりがな			
氏名		年 月 日生	
		連絡先 ()	
続柄 (15歳未満の児童の場合のみ)			
個人番号			
15歳未満の児童 教育※		年 月 日生	
個人番号			
長野県知事 殿			
私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 交付されたく関係書類を添えて申請します。			

- (備考) 1 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る。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 ※欄は18歳未満の児童についてのみ記入すること。
- 3 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。

県記入欄	種 級

来庁 使者 郵送	番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明	<input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	代理権 確認	<input type="checkbox"/> 法定代理人 (□戸・□住・□成後・□その他[]) <input type="checkbox"/> 委任状 □個人番号カード □通知カード <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類 □個カ・□免・□バ・□在・□身・□療・□精・□他 ()	確認者
身元 確認	本人・ 代理人	一号書類 (1点で可) <input type="checkbox"/> 個カ・□免・□バ・□在・□身・□療・□精 <input type="checkbox"/> その他 ()	二号書類 (2点以上) <input type="checkbox"/> 保・□介・□受給証・□年手 <input type="checkbox"/> その他 ()	(左記との組合せで可とするもの) <input type="checkbox"/> 学証・□社証・□診 <input type="checkbox"/> その他 ()	開取り確認 確認事項 法人の場合 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> ()	