

受理番号
更生医療 手術年月日
年 月 日

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

(申請者)

住所 〒

写 真
縦 4 cm×横 3 cm
脱帽・上半身
半年 以 内 に
撮影したもの
貼付しないで提出
してください

氏名

本人との続柄

電話番号

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏 名												
	居 住 地	〒								電話番号			
	個 人 番 号												

(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。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保護者	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏 名												
	居 住 地	〒								本人との続柄			
		同じ									電話番号		

長野県知事 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。

県記入欄		級 種

市町村記入欄

記載の個人番号は本人のものと相違ありません。

①確認年月日 年 月 日

②確 認 者

③確認方法

マイナンバーカード その他()