

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

電話番号

居 住 地

フリガナ
氏 名

印 男女

個人番号

15歳未満の児童

学 校 名

フリガナ
氏 名

男女

続 柄

個人番号

岩手県知事 様

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願いたく関係書類を添えて申請いたします。

(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ま
す。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を口欄に記入することとし、保護者（申請者）の個人番号
は記入する必要はありません。2 氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとしてください。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段 カナ 下段 漢字）	生年月日	住 所			
	元号 年 月 日	市区郡	町 村	小字	番 地

- (注) 1 申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等を確認して記入してください。
2 住所欄については、住所コードで記入してください。
3 児童については、申請者ではなく児童の氏名等を確認の上、記入してください。

住民台帳コード