身体障害者手帳交付申請書

年　　月　　日

居 住 地　　　　　　　〒

TEL

児童との続柄

（フリガナ）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生

個 人 番 号

１５歳未満の児童

（フリガナ）

氏　　名

生

個 人 番 号

兵 庫 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 身体に障害がある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□欄に記入してください。保護者の個人番号は記入する必要がありません。

2 氏名については、記入押印又は自筆による署名のいずれかでお願いします。