|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |  | 県収受印 | 福祉事務所収受印 | 町村収受印 | 受理番号 |
|  |  |  |  |
| 更生医療 |
| 手術年月日　年　　月　　日 |

**様式第２**

身体障害者手帳交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　年　　　月　　　日長 野 県 知 事　殿申請者　　　 〒居 住 地 　　　　　 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　　　 電話番号申請に係る身体障害者との続柄※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。　　　　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します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記申請に係る身体障害者

|  |  |
| --- | --- |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ |
| 生年月日 | 年　　月　　日生　　　　　　　　　□申請者に同じ |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

（備考）１　15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。

２　写真を添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 　 市町村記入欄 | 記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。①確認年月日　　　　　　年　　　月　　　日②確認方法　　□マイナンバーカード　　　□通知カード　　　□住民票の写し□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 　　　　　県記入欄 |  | 種　　　級 |
|  |