

身体障害者手帳交付申請書

申請者コード
 平成 年 月 日

フリガナ名 氏名 ⑩

性別 男・女
 1 2

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
 1 2 3 4

職業又は教育 職業コード

本籍地 都・道・府・県・市
 都道府県コード

住所 石川県 市・町・村
 郵便番号

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合に限り、記入してください。)

フリガナ名 氏名 ⑩

性別 男・女
 1 2

続柄 続柄コード

職業 職業コード

住所 石川県 市・町・村

石川県知事 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を交付願いたく関係書類を添えて申請致します。

| | 町 村 受 付 | 福祉事務所受付 | 石 川 県 受 付 |
|------|---------|---------|-----------|
| 受付印欄 | | | |

[必要な書類]

1. 申請書
2. 診断書（指定様式のもの）
3. 写 真（たて4cm、よこ3cm）

○記入しないでください。

| 身体障害者手帳番号 | 交 付 年 月 日 |
|------------|-----------|
| 石川県 第 号 | 平成 |

備考 申請者コード、職業コード、都道府県コード、住所コード及び続柄コードは、市町村で記入します。