

身体障害者手帳交付申請書

申請者コード
年 月 日

フリガナ
氏 名

性 別 男 ・ 女
1 2

個人番号

職業コード

生年月日 年 月 日

職 業
又は教育

本 籍 地 都・道・府・県

本籍地コード

住 所 石川県 市 町

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 性 別 男 ・ 女 続 柄
氏 名 1 2 続柄コード

住 所 石川県 市 町

石 川 県 知 事 様

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します。

	町 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4 cm、よこ3 cm）

○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	

備考 申請者コード、職業コード、続柄コード及び都道府県コードは、市町で記入します。