

# 身体障害者手帳交付申請書

写真

縦4cm×横3cm  
脱帽・上半身  
一年以内に  
撮影したもの  
貼付しないで提  
出してください

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

(\*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	
	個人番号			

(備考)

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、保護者欄を記入いただくようお願いします。

保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	本人との続柄	
			電話番号	

柏市長 あて

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の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。