

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

写 真

横 3 cm×縦 4 cm

上半身・脱帽※

原則として 1 年以内に撮影したもののり付けはしないでください

(宛先)
枚方市長

(申請者) 住 所

氏 名

電話番号

手帳の対象となる方との続柄

※市長が、宗教上又は医療上の理由により
顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで
覆うことを認める場合を除く。

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項又は身体障害者福祉法施行令第 10 条第 1 項の規定により、身体障害者手帳の交付について、次のとおり申請します。

(手帳の対象となる方の住所・氏名等)

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏 名			
生年月日	年 月 日	個人番号※	

※紛失による場合で、本人確認書類を提示するとき又は破損、汚れ若しくは写真張替による場合に、再交付申請をするときは、記載の必要はありません。

(通知先を手帳の対象となる方の住所以外に指定される場合は、以下の欄も記入してください。)

住 所	〒		
フリガナ		電話番号	
氏 名			

- ☐ 新規交付 (申請事由をチェックし、再交付の場合は、理由を 1～7 から選択してください。)
- ☐ 再交付 1. 等級変更 2. 障害名追加 3. 障害名変更 4. 破損 5. 紛失 6. 写真張替 7. 再認定
- 既交付(現)手帳の番号等【再交付の申請のときは記入してください。】

都道府県市 第 号	障害名(等級)	
初回交付年月日 年 月 日		
総合等級〔 〕級 第〔 1・2 〕種		

【更生医療 有 ・ 無】 【医療助成課連絡票 交付 ☐ 】

事務処理欄

入力確認	入力	診断料請求	住基チェック	受付者
		☐ 請求受理 ☐ 請求不可 ☐ 後日請求	☐ 非課税 ☐ 課税	

生活保護受給の有無 1. 受給している 2. 受給していない

受付印