

|                       |
|-----------------------|
| 写真の大きさ                |
| 縦4cm×横3cm<br>(上半身・無帽) |
| ここに貼付しない<br>こと。       |

様式第2

|      |          |       |                |
|------|----------|-------|----------------|
| 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<br>年 月 日 |

## 身体障害者手帳交付申請書

|                                                                       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |   |    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|---|----|
| 長野県知事殿                                                                |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年                               | 月 | 日  |
| 申請者                                                                   |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒                               |   |    |
| 居住地                                                                   |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                 |   |    |
| ふりがな                                                                  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                              |   |    |
| 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<br>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                                                                   | 〒      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |   |    |
| ふりがな                                                                  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |   |    |
| 氏名                                                                    |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ |   |    |
| 生年月日                                                                  | 年 月 日生 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 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<br>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。<br>①確認年月日 年 月 日<br>②確認方法 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |
| 県記入欄       |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 種 | 級 |
|            |                                                                                                                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   |   |