

手帳の交付希望場所に○つけてください。
本庁・一宮・音羽・御津・小坂井
※記載がない場合は本庁の交付とします。

身体障害者手帳交付申請書

令和 年・月 日

〒 _____
ふりがな
居 住 地

ふりがな
氏 名 _____ (印)

個人番号 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

15歳未満の児童との続柄 _____

15歳未満の児童
ふりがな 氏 名 _____ ()
個人番号 _____
生年月日 _____ 年 月 日 生

愛知県知事 殿

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して下さるよう関係書類を添えて申請します。

(備考)

1. 身体に障害がある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、児童の氏名及び生年月日を 欄に記入してください。