

身体障害者手帳交付申請書

写真

縦 4cm×横 3cm

申 請 年 月 日 年 月 日

申請者（15 歳未満の児童の申請は、保護者の氏名等）

フリガナ						生年月日	年 月 日					
氏 名												
(通称 有・無)												
居 住 地	〒											
※ 個 人 番 号												
本人(15 歳未満 の 児 童) と の 続 柄					電話番号							

※15歳未満の児童の保護者が申請する場合、保護者の個人番号の記載は不要です。

15 歳未満の児童（15 歳未満の児童の場合記入）

フリガナ						生年月日	年 月 日					
氏 名												
(通称 有・無)												
居 住 地	〒 □申請者に同じ											
個 人 番 号												

群馬県知事 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。

群馬県受付日	市町村受付日