

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

写真 4×3cm  
原則1年以内に  
撮影したもの  
のりづけしないで  
ください

(宛先) 大東市長

(申請者) 住所

氏名

電話番号 - -

手帳対象となる方との続柄 本人・保護者

身体障害者福祉法第15条第1項また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。

(申請事由) …該当するものに○してください。

(1) 新規交付

(2) 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. 写真貼替 7. 再認定

(手帳の対象となる方の住所・氏名等)

住 所	〒			
フリガナ				
氏 名				
生 年 月 日	年 月 日	男	電話番号	- -
個 人 番 号		女		

(注) 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		続柄等	電話番号	- -
氏 名 等				

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。)

第 号	(障害名及び等級)
初回交付年月日 年 月 日	
総合等級 ( ) 級 第 ( ) 種	

(市役所使用欄)

受付印

診断書意見 (肢・視・聴・言・内部( ) 級)

補聴器申請 (有・無)

更生医療 (有・無) 手帳裏面 (有・無)

障害者医療 (有・無) 療育手帳 (有・無)

特障案内 (要・不)

整理番号 (271800 , 新・既)

(備考)