

*

決 定 等 級	交 付 年 月 日	交 付 番 号	備 考
級 種	年 月 日	松江市 第 号	

身 体 障 害 者 手 帳 交 付 申 請 書

松江市長

年 月 日

身体障害者手帳の交付を申請します。

申請事由	10 新規申請
	20 障害変更 21 再認定 30 破損 31 紛失 32 その他

のりづけ

写真添付
上半身、脱帽、正
面
1年以内の写真
横 3cm
縦 4cm
(裏に氏名を記
入)

本人氏名・住所等

居住地											※										
	郵便番号	—		電話番号	()																
(ふりがな) 氏名											Ⓜ 性別 1 男 2 女										
生年月日	年 月 日 生																				
個人番号																					

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合のみ)

居住地	1 同居 2 別居 (別居の場合のみ)	※																		
(ふりがな) 氏 名											Ⓜ									
続 柄	1 父 2 母 3 祖父 4 祖母 5 兄 6 姉 7 おじ 8 おば 9 施設長 10 その他																			

手帳交付番号等(新規申請以外の場合は記入すること。)

現在持っている 身体障害者 手帳の内容	手帳番号	第 号 (年 月 日交)
	等 級	級 種
	障 害 名	

- (注) 1 *欄及び※欄は、申請者は記入しないこと。
 2 該当する番号を○で囲むこと。
 3 診断書を添付すること。
 (左上方をのりづけすること。)
 4 本人及び保護者の氏名については、記名押印
 又は自筆による署名のいずれかとする。

受付日	受付番号