

身体障害者手帳交付申請書

(宛先) 秋 田 市 長

現 行 手 帳 番 号						

秋 田 市 手 帳 番 号				

写真1枚(たて4センチ、よこ3センチ、上半身脱帽、最近1年以内のもの)
および身体障害者福祉法第15条の指定医師による診断書を添えて申請してください。

年 月 日		太枠内のみ、ご記入ください。	
新規 再交付 (程度変更 紛失 破損 再認定) 該当するものに○			
住 所 秋田市		本籍 都・道 府・県	
ふりがな		生年月日 年 月 日	
氏 名		個人番号	
電話番号 ()		※ 保護者氏名 続柄 個人番号	
届出人		氏名	
住所		電話番号 ()	

※ 障がい者が18歳未満の場合のみ保護者氏名、続柄、個人番号を記入してください。

以下は記入しないでください。

交 付 年 月 日			
5			

級	種

再認定年月日1			部 位
5			

再認定年月日2			部 位
5			

障 害 名

備 考

収受印