

(様式第1号)

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		電話番号 ()	
ふりがな		生年月日 年 月 日	
氏 名		個人番号	
※保護者	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> それ以外()		
	氏名		生年月日 年 月 日
	電話番号 ()		続柄
届出人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> それ以外 (右に記入)	住所 <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> それ以外()		
	氏名		
	電話番号 ()		続柄

※ 障がい者が15歳未満の場合のみ記入してください。

以下は記入しないでください。

交 付 年 月 日			

級	種

再認定年月日1			部 位

再認定年月日2			部 位

障 害 名

備 考

收受印