

# 身体障害者手帳交付等申請(届出)書

〇〇年4月1日

(写真)  
 4cm×3cm  
 脱帽・上半身  
 原則1年以内のもの  
 写真はのりづけしないでください

(あて先) 八尾市長

下記のとおり身体障害者手帳の交付申請をいたします。  
 また、身体障害者手帳の交付判定にあたり、各医療機関等に調査、照会されることに同意します。

申請者(15歳未満は保護者)

住所 **八尾市本町1-1-1**

氏名 **八尾 太郎**

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(提出者) **八尾 二郎**

(申請事由) 該当するものを○で囲んで下さい。

新規	紛失・破損・写真貼替
等級変更・障害名追加・障害名変更	<input checked="" type="checkbox"/> 住所変更・氏名変更
再認定	転入(転入日: )

該当するいずれかに、○をしてください

(住所・氏名等)

フリガナ	<b>ヤオ タロウ</b>	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	生年月日	〇〇年1月1日
氏名	<b>八尾 太郎</b>		<input type="checkbox"/> 女		
住所	<b>八尾市本町1-1-1</b>		電話番号	<b>072-924-3838</b>	

(既交付手帳)

手帳番号	交付年月日	障害名	級	種
八尾市第〇〇〇〇号	〇年×月△日	〇〇機能障害(△級)	×級	×種

(旧住所等) 市内転居・転入の場合は、以下に変更の部分のみ記入してください。

住所	<b>八尾市本町〇丁目×-△(変わる前の住所を記入してください)</b>
氏名	<b>河内 太郎(変わる前のお名前を記入してください)</b>
その他	

(受付印)

(医療費の援護)

(文書料の支払)

(同時申請の有無)

更生医療	有・無	済・未・不要	有( )・無
障害者医療	有・無		