

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**

写真の裏に名前を書き、裏を向けてテープで留めてください

(申請事由) 該当するものを○で囲んで下さい。

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

(住所・氏名等)

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

(既交付手帳)

手帳番号	交付年月日	障害名	級	種
	年 月 日		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	
氏名	
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		