

身体障害者手帳交付等申請(届出)書

年 月 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

氏名

個人番号

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

(提出者)

(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	住所変更・氏名変更
再認定	転入 (転入日:)

(住所・氏名等)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
氏名					
住所					
	電話番号				

(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		