**身体障害者手帳交付申請書**

年　　　月　　　日

　　　居　住　地　八千代市

　　　（ふりがな）

氏　　　名

生年月日　　　T・S・H・R　　　年　　　月　　　日生

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　個人番号

|  |
| --- |
| １５歳未満の児童（ふりがな）氏　名H　・　R　　　年　　月　　日生個人番号 |

**千　葉　県　知　事　様**

私は、身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を

添えて申請します。

（備考）

１　身体障害のある１５歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっている。この場合には児童の氏名、生年月日及び個人番号を　 　　　欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

２　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

市町村受理印

※つながりやすい電話番号をご記入ください

|  |
| --- |
|  |

1. 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　【続柄（　　　　　　）】
2. 連絡先　　　　　　　　　　　　　　　【続柄（　　　　　　）】