

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日									
居住地									
ふりがな 氏 名									
男 女 年 月 日 生									
続 柄									
個人番号 連 絡 先									
<table border="1"><tr><td colspan="2">15歳未満の児童</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">ふ り が な 氏 名</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: right;">男 女 年 月 日 生</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;">個人番号</td></tr></table>		15歳未満の児童		ふ り が な 氏 名		男 女 年 月 日 生		個人番号	
15歳未満の児童									
ふ り が な 氏 名									
男 女 年 月 日 生									
個人番号									
佐賀県知事 様									
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いたします。									
希望する手帳の形態 (どちらか一方のみ)	<input type="checkbox"/> 紙型 <input type="checkbox"/> カード型								

注 1 身体に障害のある15歳未満の児童については、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、児童の氏名及び生年月日を□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。