様式第５号（規格Ａ４）（第８条関係）

写真

縦 4cm×横 3cm

身体障害者手帳交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　　月　　　　日 |

**申請者（15 歳未満の児童の申請は、保護者の氏名等）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| （通称　有・無） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 本人(15 歳未満の児童)との  ※  続柄 |  | | | 電話番号 | |  | | | | | | | | |

　　※15歳未満の児童の保護者が申請する場合、保護者の個人番号の記載は不要です。

**15 歳未満の児童（15 歳未満の児童の場合記入）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | | |
| （通称　有・無） |  | | | | | | | | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |

群馬県知事　あて

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の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 群馬県受付日 | 市町村受付日 |
|  |  |