



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 | 〒 <input type="checkbox"/> 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 |
| | |