

町受付日 (受付印)

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

フリガナ	1 男 2 女	この部分をのり付けする 写 真 (2枚必要) (規格：縦 4 cm・横 3 cmの脱帽 ^{※3} 上半身) (写真の裏面に氏名及び撮影年月日を記入すること)				
氏 名						
個人番号						
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日生 4 平成 5 令和					
居 住 地		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">市町村</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">町・大字</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	市町村	町・大字		
市町村	町・大字					
山県郡北広島町		番地				

1 5 歳未満の児童		
フリガナ	1 男 2 女	
氏 名		
個人番号		
生年月日	平成・令和	年 月 日生

北 広 島 町 長 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の交付を受けるため、関係書類を添えて申請します。

(備考)

1. 身体障害のある 1 5 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ます。この場合には、氏名、性別及び生年月日を に記入すること。
2. 内は、(地内は、福祉事務所において記入すること。)
3. 写真は脱帽して上半身を写したもの(申請者の申出により、北広島町長が、宗教上または医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)

同 意 書

身体障害者手帳を交付するために必要な場合は、次の事項に関して私の個人情報を取扱うことに同意します。

- 医療機関等関係機関に対する診断内容等の照会
