身体障害者手帳交付申請書

第２号様式（第３条関係）

年　　月　　日

（申請者）

住所　〒

氏名

本人との続柄　　　　　　　電話番号

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

（＊）複数の障害申請をされる場合、**（　　一部交付　・　全部交付　　）**を希望します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障がい者本  人 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒 | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | |
| 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 市町欄 | | 個人番号チェック欄 | | | | | | | | | | | | | |
| □番号確認（番号が正しいか）　　□本人確認（番号の正しい持ち主か） | | | | | | | | | | | | | |
| （備考）  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  ます。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒 | | | | | | | 本人との  続　　柄 | | |  | | | |
| 電話番号 | | |  | | | |

三重県知事　宛て

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。

**医師の情報提供に係る同意欄**　※いずれかの番号を○で囲んでください。

　今回申請するに当たって、三重県から診断書作成医師に認定に必要な事項を問い合わせることに

**1　同意します。**

**2　同意しません。必要な場合は書類一式の返却を受けて、私から医師に整備を依頼します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 町役場受付 | 福祉事務所受付 | 三重県受付 |
|  |  |  |

**※裏面の記入上の注意事項をお読みください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県　欄 | 決　定　等　級 | 再 認 定 |
| 級　　　　 種 |  |
|  | |

**【記入上の注意事項】**

1．　表面の**医師の情報提供に係る同意欄**には、該当する番号を選択し、必ず○囲みしてください。

2．　申請者においては、表面の太線枠内　　　　　　は、記入しないでください。

3．　下記の申請に必要な書類を添えて提出してください。

（1）　**身体障害者福祉法第15条第1項の規定により指定された医師が最近作成した**

**診断書　1部**

※診断書により現在の障害の程度が証明されることになりますので、診断書作成日から1か月以内のものを提出してください。それを超えるものは、市町役場窓口とご相談ください。

※障害ごとに診断書の様式が異なりますので、ご注意ください。

（2）　**証明写真**　**2部（一部交付希望の場合は、障害申請数＋1）**

※縦4㎝　横3㎝、脱帽正面向き、最近1年以内に撮影したもの

　　　　　　　　横3㎝

　　縦4㎝

貼らずに

お持ち下さい