第２号様式（第３条関係）

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）

県欄	決定等級	再認定	備考
	級　種		

身体障害者手帳　**交付　・　再交付**　申請書

※初めて手帳を取得する場合は「交付」を、手帳を既にお持ちの場合は「再交付」を○で囲んでください。

◎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。

【申請人又は保護者】　　年　月　日

郵便番号　－

居住地　市・郡　町

電話番号　（　）

（フリガナ）　個人番号

※保護者の個人番号は記入不要

氏名　性別　男　・　女

生年月日（明治・大正・昭和・平成）　年　月　日　生

【児童の欄】　※身体障害者手帳を受ける人が 15 歳未満（児童）の場合のみ記入

（フリガナ）　個人番号

児童の氏名　保護者との続柄

生年月日　年　月　日　生　性別　男　・　女

三重県知事　宛て

私は、身体障害者福祉法第 15 条の規定による身体障害者手帳の交付を申請します。

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。

1. 裏面の記入上の注意事項をお読みください。
2. 再交付申請をされる方は**裏面にも記載欄があります。**

町役場受付	福祉事務所受付	三重県受付

【再交付申請者用】

再交付申請理由　※下にある項目で該当するものに〇をつけてください。

・障害程度の変更20　・障害名の追加21　・再認定時期の到来22　・障害名の変更23　・破損30
・紛失31　　・写真交換32　　・取替33　　・一部返還

	手帳番号等	障害名	等級
現在お持ちの内容	【手帳番号】 第　　号 【交付日】 　　年 　月　日 【等級】 　級　種	による	級
		による	級
		による	級
		（一部返還） による	級

【記入上の注意事項】

1. 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ます。
この場合は、表面【児童の欄】の中に児童の氏名等を記入してください。

2. 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、必ず〇囲みしてください。

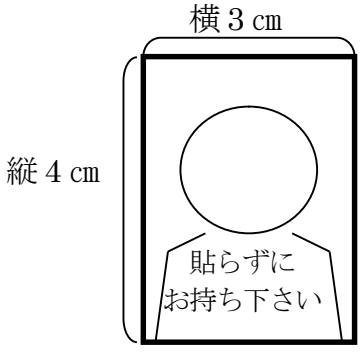
3. 申請者においては、表面の太線枠内 [　　] は、記入しないでください。

4. 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条により指定を受け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