

写 真

縦 4 c m

横 3 c m

身体障害者手帳交付申請書

私は身体障害者福祉法第 1 5 条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく関係書類を添えて申請します。

北 九 州 市 長 様 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

交付対象者	フリガナ 氏 名		個人番号		
	生年月日			性 別	
	住 所				
保護者	フリガナ 氏 名				
	住 所				

電話番号	() — (自宅 ・ 呼出 ・ 勤務先)
連絡先 (特に通知書類 の宛先を指定さ れる方は記入)	区分 1. 本人 2. 保護者 3. その他の人 ()
	北九州市 区 町 丁目 番 号
	(方書) 様方

・ 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となっております。

記事

(受領日 . .)

受領印