別表第２号(第二条関係)

身体障害者手帳交付申請書

年　　月　　日

居住地

ふりがな

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

男　女

　　　　　　年　　月　　日　生

続　柄

個人番号

連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 　 | 15歳未満の児童 |
|  | ふりがな氏名 | 　 |
| 男　女　 |
| 年　　月　　日生 |
|  | 　　個人番号 |

佐賀県知事　　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を交付願いたく、関係書類を添えて申請いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する手帳の形態（どちらか一方のみ） | * 紙型　　　　　□　カード型
 |

　注　1　身体に障害のある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る。この場合には、児童の氏名及び生年月日を　　欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

　　　2　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。