

身体障害者手帳交付申請書 (15 歳未満用)

(和暦) 年 月 日

山梨県知事 殿

申請者

フリガナ		生年月日	(和暦)	年	月	日
氏名						
居住地	〒					
児童との 続柄		電話番号				

次の者について、身体障害者福祉法第 15 条第 1 項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。

15 歳未満の者

フリガナ		生年月日	(和暦)	年	月	日
氏名		性別 (任意)				
居住地	〒 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ					
個人番号						

※ 県使用欄

※

(和暦) 年 月 日 受理
更生医療予定 有 ・ 無

注 1 顔写真 (縦 4 cm × 横 3 cm) を添えて提出してください。

注 2 「※」の欄には、申請者は記入しないでください。