

身体障害者手帳交付申請書

	年	月	日								
居住地											
	(電話	— —	)								
	(FAX	— —	)								
ふりがな											
氏名		印									
	年	月	日生								
個人番号											
職業	教	育※									
	<table border="1"><tr><td>15歳未満の児童</td></tr><tr><td>ふりがな</td></tr><tr><td>氏名</td></tr><tr><td>年</td><td>月</td><td>日生</td></tr><tr><td>個人番号</td></tr><tr><td>教 育 ※</td></tr></table>			15歳未満の児童	ふりがな	氏名	年	月	日生	個人番号	教 育 ※
15歳未満の児童											
ふりがな											
氏名											
年	月	日生									
個人番号											
教 育 ※											
久留米市福祉事務所長 あて											
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を交付願いたく関係書類を添えて申請いたします。											

備考

- 1 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。
- 2 ※は、18歳未満の児童についてのみ記入のこと。
- 3 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が申請すること。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。
- 4 写真1枚(たて4cm×よこ3cm)を添付すること。