

# 身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

居住地

氏名

(電話 - - )

大正 昭和 平成 令和 年 月 日生

続柄

個人番号

(本人が15歳未満の児童の場合不要)

## 15歳未満の児童

氏名

平成 令和 年 月 日生

個人番号

山口県知事 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します。

### 【添付書類】

- 1 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書・意見書
- 2 写真(縦4cm×横3cm、申請前1年以内に撮影した無帽及び上半身像のもの)

※処理欄(記入しないでください。)

<市町処理欄>

障害区分	備考	市町受付 (山口市受付)
視 聴 平 音言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝	<input type="checkbox"/> 圖同時申請 ( 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> 更生医療同時申請 ( 年 月 日交付希望) <input type="checkbox"/> CTフィルム添付 <input type="checkbox"/> 受付 総合支所 ・ 地域交流センター ・ 分館 <input type="checkbox"/> 受取り 総合支所 ・ 地域交流センター ・ 分館	

<県処理欄>

(写真)

(保存用)	(手帳用)
-------	-------

決定 等級	級 種 ( )	県 受 付
(備考)		
		交 付 日
交付 番号		