

# 身体障害者手帳交付申請書

平成 年 月 日

本籍地 \_\_\_\_\_

居住地 中泊町大字 字 \_\_\_\_\_ 番地 \_\_\_\_\_

職 業 \_\_\_\_\_

教 育 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

明治・大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

## 15歳未満の児童

教 育 ※ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 生

青森県知事 殿

私、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致します。

- (備考)
1. 身体障害のある15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になっている。この場合には児童の氏名及び生年月日を枠線内に記入すること。
  2. ※は12歳未満の児童についてのみ記入すること。