

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

申 請 者	居 住 地	青森市
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
	電 話 番 号	— —

15 歳 未 満 の 児 童	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	

申 請 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		申 請 者 と の 関 係	
住 所	〒 電話番号 — —		
通知送付先	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請書提出者		

青森市長 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。

(注) 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ます。児童の氏名、生年月日及び個人番号を 15 歳未満の児童の欄に記入してください。なお、保護者の個人番号は記入する必要がありません。

受 付 印	システム 処 理 欄
-------	---------------