

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名

電話番号

身体障害者福祉法第15条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。

本人記載事項	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	氏 名						
	個人番号						
	居住地						
保護者記載事項	ふりがな		続柄				
	氏 名						
	居住地						

- 注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記載してください。
- 2 次の書類を添付してください。
 診断書、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。）

(記入に当たっての注意事項)

市福祉事務所・ 町 受 付	県 受 付

身体障害者手帳交付申請書

申請日を記入

年 月 日

香川県知事 殿

15歳以上は本人、15歳未満の場合は保護者が申請

申請者 氏 名

電話番号

身体障害者福祉法第15条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。

本人記載事項	ふりがな		生年月日	元号で記入 (昭和等)	年	月	日				
	氏名										
	個人番号										
居住地	住基どおりの記載 (〇丁目〇〇番地〇〇等)										
保護者記載事項	ふりがな		続柄	本人が15歳未満の場合に記入							
	氏名										
居住地											

- 注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記載してください。
- 2 次の書類を添付してください。
診断書、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。）