

# 身体障害者（児）手帳 交付・再交付 申請書

平成 年 月 日

住 所			
ふりがな 氏 名	○	電話・FAX	-
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	本人との続柄

15歳未満の児童の場合

ふりがな 氏 名			生年 月日	平成	年 月 日
性 別	男 ・ 女				

次のとおり申請します。

大 阪 市 長 様

<input type="checkbox"/>	<b>新規交付</b>	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いたします。
	<input type="checkbox"/>	身体障害者診断書・意見書
	<input type="checkbox"/>	写真（縦4センチ×横3センチ ベスト半載）
<input type="checkbox"/>	<b>再交付</b>	等級変更 ・ 追加 ・ 紛失 ・ 破損
	旧手帳番号	都道府市区 第 号 第 種 級
	交付年月日	昭和・平成 年 月 日交付 障害区分 視 聴 言 肢 内

処理欄（記入しないでください。）

住基	交付台帳	指導台帳	身障手帳	療育手帳	更生医療	重医	補装具	日生具	住宅改修	点字図書	自立支援	移動支援	入浴サ
特障手当	障害児福	介護手当	特児	外国人給	扶養共済	市営交通	タクシー	有料道路	駐禁除外	各種税金	上下水道	NHK	文化施設

決裁日 平成 年 月 日

決 裁 欄	起案年月日	所長	課長	課長代理	係長	担当係長	担当	公印 審査	文書 主任
	・								
	決裁年月日								
	・								