|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 写真の大きさ  縦４cm×横３cm  （上半身・無帽）  ここに貼付しないこと。 |  | 県収受印 | 福祉事務所収受印 | 町村収受印 | 受理番号 |
|  |  |  |  |
| 更生医療 |
| 手術年月日  　年　　月　　日 |

**様式第２**

身体障害者手帳交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  長 野 県 知 事　殿  申請者　　　 〒  居 住 地      　　　　　　　　　 生年月日　　　　　　年　　　月　　　日生  　　　　　　　　　 電話番号  申請に係る身体障害者との続柄  ※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童  について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。  　　　　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。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記  申請に係る身体障害者   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 居 住 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | ふりがな | □申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 氏　　名 | □申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日生　　　　　　　　　□申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

（備考）１　15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。

２　写真を添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村  記入欄 | 記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。  ①確認年月日　　　　　　年　　　月　　　日  ②確認方法　　□マイナンバーカード　　　□通知カード　　　□住民票の写し  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | |
| 県記入欄 |  | 種　　　級 |
|  |