

この書類は郵送可能です。(出張所・連絡所でもお預かりします。) 障害福祉課

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者 (※本人が15歳未満の児童の場合は保護者の氏名等をご記入ください)

居住地	船橋市								
ふりがな 氏名							Ⓜ 男・女		
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生					
電話番号	— —								
個人番号 (マイナンバー)									

※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

【本人が15歳未満の児童】 ※上記の申請者が保護者として手帳に記載されます

ふりがな 児童の氏名							男・女		
生年月日	平成・令和	年	月	日生	申請者との続柄				
個人番号 (マイナンバー)									

※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。その場合には、児童の氏名及び生年月日を記入すること。

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いたします。

[必要な書類]・診断書(指定様式のもの) ・写真2枚(たて4cm、よこ3cm)