

様式第3号（第4条関係）

身体障がい者手帳交付申請書

年 月 日

3cm
写 真
・脱帽・上半身
4cm
・1年以内に撮影したもの
・のりづけしない
ください。

高石市長 宛

申請者 住所

氏名

障がい者

との続柄

身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づき、下記のとおり身体障がい者手帳の交付を申請します。

障がい者

住所	(〒 -)		
氏名 (フリガナ)		電話番号	
(漢字)		生年月日	年 月 日
個人番号			

保護者（障がい者が15歳未満の場合のみ）

住所	(〒 -)		
氏名 (フリガナ)		電話番号	
(漢字)		生年月日	年 月 日
障がい者との続柄			