

身体障害者手帳交付等申請(届出)書

申請(届出)日 年 月 日

(申請(届出)先)茨木市長

身体障害者福祉法第15条に基づく身体障害者手帳について、  
次のとおり申請します(届け出します)。

(転入・記載事項の変更・取  
下げの場合は写真不要)

申請 (届出) 者(障害者本人)	フリガナ	
	氏名	(個人番号 )
	生年月日	年 月 日
	住所	
	電話番号	

(写 真)  
(たて4cm、よこ3cm)  
(1) 脱帽・上半身  
(2) 原則として1年以内に撮  
影したもの  
(3) 写真の裏面にボールペ  
ンで氏名を記入してくださ  
い。  
(4) 写真はのり付けせず、裏  
返しにしてセロハンテープで  
仮止めしてください。

(注)

- 1 写真は、申請(届出)者の申出により、市長が、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等で覆うことを認める場合を除き、脱帽したものとしてください。
- 2 身体障害者手帳の交付を受ける本人が15歳未満の場合には、以下の保護者欄も記入してください。

保 護 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	続柄
	住所	
	電話番号	

(注) 通知先に申請書の住所と異なる住所を指定される場合は、以下の通知先欄も記入してください。

通 知 先	区分	
	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	電話番号	

現在 交付 を受け ている 内容	身体障害者手帳	手帳番号		当初交付年月日	
		等級		種別	
		障害名		再交付年月日	
		障害部位			
		障害名			
		障害部位			
		障害名			
障害部位					

申請(届出)の理由 (○で囲んでください。)	新規・転入(転入日: )・障害名又は程度の変更・障害の追加・再認定 再交付 【紛失 ・ 破損 ・ 写真貼替】 記載事項の変更 【居住地 ・ 氏名】 取下げ その他( )
---------------------------	--

(注) 変更の届出の場合は、以下に変更の部分のみ記入してください。

区分	変更前(旧)	変更後(新)
居住地		
氏名		
その他		

(更生医療 有 ・ 無) (障害者医療 有 ・ 無)

(受付印)

届 出 人	住所	
	氏名	本人との続柄
	電話番号	( )