

# 身体障害者手帳交付申請書

平成 年 月 日

本籍地 都・道・府・県（都道府県名のみ）

居住地

職業 続柄（本人が15歳未満の児童の場合のみ）

氏名 印（電話 - - ）  
 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生

15歳未満の児童			
氏名	平成	年	月 日生

山口県知事 殿

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。

処理欄（記入しないでください。）

<市町処理欄>

障害区分	備考	市町受付
視 聴 平 音言 そ 肢 肢(脳) 心 呼 腎 膀 直 小 免 肝	福同時申請（平成 年 月 日交付希望） 更生医療同時申請（平成 年 月 日交付希望） CTフィルム添付（返却不要・返却先（ ）） 受付 総合支所・出張所・支所 受取り 総合支所・出張所・支所	（市町受付）

<県処理欄>

(写真) (保存用)		(手帳用)		決定 等級	級 種 ( )	県 受 付
				(備考)		交 付 日
交付 番号						