様式第１号

身体障害者手帳交付申請書

写　　真

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名
本人との続柄　　電話番号
（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	フリガナ								生年月日	年　月　日			
	氏　　名												
	居 住 地	〒　　□申請者に同じ											
	個人番号												

（備考）
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変わって申請することになっています。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

保護者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	居 住 地	〒　　□申請者に同じ		

岩手県知事 様

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いたします。

市町村記入欄（電算入力用）

申請者氏名（上段：カナ　下段：漢字）	生年月日				住　　所			
	元号	年	月	日	市区郡	町　村	小　字	番　地

（注）１　申請者氏名、住所、生年月日について、住民基本台帳等を確認して記入してください。
２　住所欄については、住所コードで記入してください。
３　児童については、申請者ではなく児童の氏名等を確認の上、記入してください。

住民台帳コード															