

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

本籍地

居住地

電話番号 ..(.....).....

職業

教育 (18 歳未満の児童の申請のみ)

ふりがな
氏名 明治・大正
昭和・平成 年 月 日生

個人番号

児童との続柄 (15 歳未満の児童の申請のみ)

15 歳未満の児童

教育

ふりがな
氏名 平成・令和 年 月 日生

個人番号

西宮市長様

私は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。

(備考) 身体に障害のある 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。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を 欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。

<身体障害者手帳の交付方法について>

身体障害者手帳につきましては、原則として、市役所本庁舎 1 階の障害福祉課窓口にてお渡しさせていただいております。やむを得ず、身体障害者手帳の郵送をご希望される場合には、下記事項についてご了解の上、署名をお願いいたします。

記

本市では、身体障害者手帳の交付時に、各種福祉サービスに関するご説明をさせていただいております。窓口でのお受取りが困難な場合には、郵送での対応も可能ですが、福祉サービス等のお手続きには市役所にお越しいただく必要のあるものもございますので、なるべく窓口でのお受取りをお願いいたします。

なお、身体障害者手帳の送付先は、「身体障害者手帳交付申請書」（表面）の「居住地」に限ります。

障害福祉課窓口での受取りが困難なため、身体障害者手帳の居住地への郵送を希望します。また、その他必要な手続きについては、障害福祉のしおりなどを参照の上、自ら行います。

申請者氏名 _____ (15 歳未満の児童は保護者)

↑身体障害者手帳の郵送を希望されない場合、記入の必要はございません。

障害福祉課使用欄