

別表第二号（第二条関係）

顔写真
縦4cm×横3cm
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出
してください

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

申請者

※記入に際しては、消すことができる筆記用具（消せるボールペン等）は使用しないでください。

フリガナ		生年月日	T・S	年	月	日
氏名			H・R			
居住地	〒					
個人番号						
本人（15歳未満の児童）との続柄		電話番号				

15歳未満の児童

フリガナ		生年月日	T・S	年	月	日
氏名			H・R			
居住地	〒					
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の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

（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代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。

<身体障害者手帳の交付方法について>

身体障害者手帳の交付については原則、市役所本庁舎 1 階の障害福祉課窓口でのお渡しとなり、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。

ご本人様のご来庁が難しい場合は委任状の代理人によるお手続きでも可能となっております。

しかしやむを得ず、身体障害者手帳の郵送交付（簡易書留郵便）をご希望される場合には、下記の注意事項をご確認のうえ、とご署名をお願いいたします。

記

[郵送交付における注意事項]

- お送りする住所は、身体障害者手帳の居住地に限ります。
- 簡易書留郵便のため、必ず自宅での受け取りをお願いします。
- 各種福祉サービスについては、同封の障害福祉のしおりを参照してください。
- 再送の場合は、郵送料金をご負担いただく可能性があります。

以上の内容について同意しますので、郵送をお願いします。

申請者氏名 _____ (15 歳未満の児童は保護者)
(必ず申請者の氏名で署名をしてください)。

障害福祉課使用欄

以上