|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **身体障害者（児）手帳交付申請書** |  |
|  |  | 令和　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 〒　　　　　－ |  |
|  | 居住地 | 川西市 |  |
|  |  | 電話番号　（　　　　　）　　　　　－　　　　　 |  |
|  | 児童との続柄 |  |
|  | ふりがな |  |  |
|  | 氏名 | ㊞　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
|  | 生年月日 | 　　　大 ・ 昭 ・ 平　・　令　　　　　年　　　　月　　　　日生 |  |
|  | 個人番号 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 15歳未満の児童 |  |
|  | ふりがな |  |
|  | 氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |  |
|  | 生年月日　　　　　　平　・　令　　　　　年　　　　月　　　　日生 |  |
|  | 個人番号（児童） |  |
|  |  |  |  |
|  | 兵庫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申請いたします。 |  |

（備考）

１　身体障がいのある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。

２　※は15歳未満の児童についてのみ記入すること。

３　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。