様式１－２（県細則第４号様式の２（第６条関係））

身体障害者手帳交付申請書（１５歳未満用）

（和暦）　　　　　年　　　月　　　日

山梨県知事　殿

申請者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | （和暦）　　　　年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | |
| 居 住 地 | 〒 | | | | |
| 児童との  続　　柄 |  | 電話番号 | |  | |

次の者について、身体障害者福祉法第１５条第１項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。

１５歳未満の者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 生年月日 | | (和暦)　　　　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | 性別  （任意） | |  | | | | |
| 居 住 地 | 〒 | | | | | | □　申請者に同じ | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ※ 県使用欄 |

|  |
| --- |
| ※  （和暦）　　　年　　　月　　　日　受理  　更生医療予定　　有　・　無 |

|  |
| --- |
| 注１　顔写真（縦４ｃｍ×横３ｃｍ）を添えて提出してください。  注２　「※」の欄には、申請者は記入しないでください。 |