

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

居住地 薩摩川内市

ふりがな
氏 名

年 月 日生

続 柄

個人番号 (マイナンバー)

15歳未満の児童

ふりがな
氏 名

年 月 日生

個人番号

鹿児島県知事 殿

私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致します。

(備考)

- 1 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る。この場合には児童の氏名及び生年月日を□欄に記入すること。
- 2 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。