

# 身体障害者手帳交付（再交付）申請書

(あて先) 京 都 市 長	年            月            日
申請者の住所 (〒            -            )  (電話            -            )	申請者の氏名 (フリガナ)

※ 太枠の中を記入してください

身体障害者福祉法の規定により、身体障害者手帳の交付について、関係書類を添えて申請します。

手帳の交付 を受ける者	住所										
	氏名	(フリガナ)									
		年            月            日生									
個人番号											
交付理由	1. 新規    2. 障害程度の変更    3. 障害追加    4. 手帳の紛失    5. 手帳の破損    6. その他										
旧手帳	交 付 年月日							手 帳 番 号			
	障 害 名							等 級			

※1 写真は、たて4cm、よこ3cmで上半身が写ったもの1枚を添えてください。

※2 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請してください。

区役所・支所福祉部記入欄

受 付	.            .	係		係		備	更生医療
送 付	.            .	長		員		考	障害者医療

処理欄

受 付		区	視 聴 平 音 そ 上 下 体	審 査	
送 付		分	運 動 (上・移) 心 腎 呼 才 小 免 肝	担 当 者	
障 害 名					
交 付		番 号		等 級	種 級