|  |  |
| --- | --- |
| （あて先） 京 都 市 長  | 　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日※　太枠の中を記入してください |
| 申請者の住所（〒　　　－　　　　）（電話 　　　－　　　　　） | 申請者の氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  　　　　　　 |

 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 | ・　　　　・ | 係長 |  | 係員 |  | 備考 | 更生医療 |
| 送 付 | ・　　　　・ | 障害者医療 |

　処理欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 付 |  | 区分 | 　視 　聴 　平 　音 　そ 　上 　下 　体運動（上・移）　心　腎　呼　オ　小　免　肝 | 審　査担当者 |  |
| 送 付 |  |
| 障害名 |  |
| 交 付 |  | 番 号 |  | 等 級 | 　　種　　　級 |