

別記第3号様式の5の2（第2条の5の2関係）

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

函館市長 様

住所
氏名
申請者 本人との続柄
電話 局 番

次のとおり身体障害者手帳の交付を受けたいので、身体障害者福祉法第15条第1項の規定により申請します。

身体障害者本人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地			
個人番号				
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地			

添付書類

- 1 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断書
- 2 身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見書
- 3 身体障害者の写真

注 身体障害のある15歳未満の児童については、身体障害者手帳の交付は、保護者が代わって申請してください。この場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。