

写真の大きさ 縦4cm×横3cm (上半身・無帽) ここに貼付しない こと。	県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印	受理番号
				更生医療 手術年月日 年 月 日

様式第2

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日											
長野県知事殿											
申請者 氏 名 居 住 地											
ふりがな 氏 名 生年月日 年 月 日生 電話番号											
申請に係る身体障害者との続柄											
※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。											
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します。											
記											
申請に係る身体障害者											
居 住 地	氏 名 □申請者に同じ										
ふりがな	氏 名 □申請者に同じ										
氏 名	氏 名 □申請者に同じ										
生年月日	年 月 日生 □申請者に同じ										
個人番号											

- (備考) 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。
2 写真を添付すること。

市町村 記入欄	記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認方法 □マイナンバーカード □通知カード □住民票の写し □その他()										
県記入欄											種 級