

別表第二号(省令第15号第2条関係)

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

本籍地

居住地 佐賀市 丁目 番 号  
町・村 大字 番地

職 業

教 育※

氏 名 (男・女)

大・昭・平・令 年 月 日生

電話番号

個人番号

15歳未満の児童 (申請者との続柄)

氏 名

平・令 年 月 日生

個人番号

佐 賀 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、生年月日及び個人番号を□□欄に記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要がないこと。
- 2 ※は18歳未満の児童についてのみ記入すること。