別表第二号(第二条関係)

身体障害者手帳交付申請書

令和　　年　　月　　日

居住地　豊橋市

フリガナ
氏　　名　　印

生年月日　大正・昭和・平成　　年　　月　　日生

個人番号

チェック

電話番号　　―　　―

15歳未満の児童

フリガナ
氏　　名

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日生

個人番号

チェック

豊　橋　市　長　様

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　氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

【承諾欄】

なお、身体障害者手帳(再)交付申請に添付された「身体障害者診断書・意見書」を作成した診断医師に認定された障害程度等級を通知することを承諾します。

また、障害程度の変更・追加に係る身体障害者手帳再交付申請については、審査に必要な場合は、診断医師に対し現在、認定を受けている障害等級等を通知することにも承諾します。

チェック

【代理人の場合、こちらもご記入ください。】

代理人氏名:　　生年月日:T・S・H　　年　　月　　日　対象者との続柄:

本人の状況	□本人の心身の機能や判断能力の著しい低下等により、代理権の授与が困難である	職員記名

市役所使用枠		
①来庁者	□　本人　□　代理人	
②来庁者の身元確認	□免　□身障　□療　□精　□パ　□在　○保　○介護　○年金　その他(　　)	
③代理人権の確認	□委任状　□代理権確認書類(□健康保険証　□介護保険証　□その他　　)	
④使者の場合	本人確認書類の添付(　　)、番号確認書類の添付(　　)	破棄済チェック

※来庁者本人の場合…①、②　来庁者代理人の場合…①、②、③　使者の場合④