

# 身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日  
~~平成~~

高知県知事様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請理由	
発行者	手帳番号
福祉コード	ケース番号

身体障害者手帳の交付を下記のとおり申請します。

1. 申請理由 (該当するものを○で囲んでください)

- 1 新規交付
- 2 障害程度の変更
- 3 新しい障害の追加
- 4 紛失
- 5 破損

2. 申請書氏名・居住地等 (楷書ではっきり書いて下さい)



フリガナ 氏名	氏名	男 (M) 女 (W)	明治 (M) 大正 (T) 昭和 (S) 平成 (H)	年 月 日生
個人番号		本籍地	※	都道府県
居住地 (新住所)	市 町村			
住所コード	※			
電話番号		施設入所 等の状況	1 住宅 000 2 病院 900 3 施設 ( )	※

3. 保護者氏名・続柄 (本人が15才未満の場合)

氏名	続柄	※	父……1 兄……5 母……2 姉……6 祖父…3 その他…… 祖母…4 コード表参照
----	----	---	---

4. 手帳交付番号等 (申請理由が2, 3, 4又は5の場合)

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※ ( ) 発行者 第 都道府県市号	昭和 平成 令和 年 月 日			

5. 旧居住地・氏名等 (居住地・氏名変更届が提出されていない場合)

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		平成 年 月 日

- (備考)
- 1 申請者氏名については、記名、押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
  - 2 ※印欄は、記入しないでください。
  - 3 保護者の個人番号は記入不要です。

写 真

○脱帽・上半身  
○撮影後1年以内  
○縦4cm × 横3cm

高 知 県	福祉事務所又は町村
受 付 印	受 付 印

福 祉 事 務 所 又 は 町 村 連 絡 メ モ

—— 高 知 県 処 理 欄 (以下は、記載しないでください) ——

障 害 名	等級	指数
合 計		

番号	部 位	原 因	傷 病 名		種 別		種 等 級		種 等 級	
			傷 病 名	傷 病 名	左 右	障 害 名	障 害 名	等 級	等 級	
1										
2										
3										
4										
5										

視 力	
右	左

聴 力	
右	左

有期再認定年月日
年 月 日