



様式第3号(第6条)

# 身体障害者手帳交付申請書

茨城県知事 殿

年 月 日

申請者居住地 市 町 郡 村 番地

氏名 印

下記のとおり申請します。

第1欄 手帳交付を受けたい者の住所・氏名等を楷書ではっきり書いて下さい。

フリガナ		性	1 男	生年	1 明治 4 平成
氏名		別	2 女	月日	2 大正 3 昭和
居住地	0 8	市 町 (大字)	郡 村	(番地)	
個人番号					

第2欄 保護者続柄・氏名等を楷書ではっきり書いて下さい。

(身体に障害のある15歳未満の児童の場合)

フリガナ		同居別居	1 同居	続柄	A 父 B 母 C 祖父 D 祖母 E 兄
氏名			2 別居		F 姉 G おじ H おば I 親族 J 施設長等
居住地	0 8	市 町 (大字)	郡 村	(番地)	
※同居は記入不要					

注意 身体に障害のある15歳未満の児童についての手帳の交付は、保護者等が代わって申請することになっています。この場合には、第2欄も記入して下さい。

ただし、児童福祉法（昭和22年法律164号）第27条第1項第3号の規定により里親に委託され、又は児童福祉施設に入所した児童については、当該里親又は児童福祉施設の長が代わって申請して下さい。

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下さい。

実施機関コード	更生指導台帳番号

市町村受付年月日	県受付年月日