第８号様式（第７条関係）

|  |
| --- |
| 身体障害者手帳交付申請書 |
| 年　　月　 　日高知県知事　様申請者氏名身体障害者手帳の交付を次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　　　　　　　　　　　４　紛失２　障害程度の変更　　　　　　　　５　破損３　新しい障害の追加 | 福祉事務所又は町村等記載欄※１ |
| 申請理由 |  |
| 発行者 | 手帳番号 |
|  |  |
| 町村コード | ケース番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ２　申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。） |
| フリガナ |  | 大正（Ｔ）昭和（Ｓ）平成（Ｈ）令和（Ｒ） | 年　　　月　　　日生 |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | ※ | 　　　　　　　　　　　市　　　　　　　　　　　町　　　　　　　　　　　村 |
| 住所コード |  |  | － |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | 　　　 　　－　　 　　－ |  |
| ３　保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）　　　　　　　　　 　※ | 父……１　兄……５母……２　姉……６祖父…３　その他コ祖母…４　ード表参照 |
| 氏名 |  | 続柄 |  |  |
| 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　　　　号 | 年　　月　　日 |  |  |  |
| 有期再認定年月 |
| 年　　月 |
| 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 |
|  |  |

備考　１　「個人番号」欄は、申請理由が新規交付である場合のみ記載してください。

２　※印欄は、記載しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 写真○脱帽・上半身○撮影後１年以内○縦４㎝×横３㎝ |  | 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 |  |  |
|  |
|  | 種別 | 種 | 等級 | 級 |
| 番号 | 部位 | 原因 | 傷病名 | 傷病名 | 左右 | 障害名 | 等級 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 視力 |  | 聴力 |  | 有期再認定年月日 |
| 右 | 左 |  | 右 | 左 |  |
|  |  |  |  |  |  | 年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |