

第8号様式（第7条関係）

身体障害者手帳交付申請書

令和 年 月 日

福祉事務所又は町村等記載欄※1

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。

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

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 | |

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)			
氏名		昭和 (S)	年	月	日生
		平成 (H)			
		令和 (R)			
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）

氏名		続柄	
----	--	----	--

- 父……1 兄……5
 母……2 姉……6
 祖父…3 その他コ
 祖母…4 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
※ ()	年 月 日			
発行者	有期再認定年月			
第 号	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	傷病名	種別	種	等級	級
					左右	障害名	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