|  |
| --- |
| 身体障害者手帳通知書  下記のとおり身体障害者手帳されたので身体障害者福祉法施行令の規定により通知する。  年　　月　　日  土佐清水市福祉事務所長  保健所長　様 |
| 記  　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　性別    保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　　続柄    身体障害者手帳交付月日　　　　　　　　年　　月　　日  （変更届受理月日）  身体障害者手帳番号　　　　　　　　県第　　　　号  障害名及び等級　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　等級 |