

写真の大きさ 縦4cm×横3cm (上半身・無帽) ここに貼付しない こと。	県収受印	福祉事務所収受印	町村収受印	受理番号
				更生医療
				手術年月日 年 月 日

様式第2

身体障害者手帳交付申請書

長野県知事殿												年	月	日	
申請者												〒			
居住地															
ふりがな												氏名			
生年月日												年	月	日生	
電話番号															
申請に係る身体障害者との続柄															
※申請者の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名等（15歳未満の児童について申請される場合は、保護者の氏名等）を記入してください。															
身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳を交付願いたく 関係書類を添えて申請します。															
記															
申請に係る身体障害者															
居住地	〒											☐ 申請者に同じ			
ふりがな												☐ 申請者に同じ			
氏名												☐ 申請者に同じ			
生年月日	年 月 日生											☐ 申請者に同じ			
個人番号															

- (備考) 1 15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。
2 写真を添付すること。

市町村 記入欄	記載の個人番号は身体障害者本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し ☐ その他()														
県記入欄													種	級	